# UMA INTRODUÇÃO À MEDICINA

**Volume I**

## O médico

Conselho Federal de Medicina

# Uma introdução à medicina

Volume I

## O médico

Luiz Salvador de Miranda-Sá Júnior

Brasília
2013

**Conselho Federal de Medicina**
SGAS 915, lote 72 – CEP 70390-150 - Brasília – DF
Tel: 55 61 3445 5900 – Fax: 55 61 3346 0231
E-mail: *cfm@portalmedico.org.br*
Publicação também disponível no site: *http://www.portalmedico.org.br*

Supervisão editorial
**Paulo Henrique de Souza**

Copidesque/revisor
**Napoleão Marcos de Aquino**

Projeto gráfico/capa/diagramação:
**Portal Print Gráfica e Editora Ltda-ME**

Capa
**Hipócrates,** *por Peter Paul Rubens (1638)*

Tiragem
**5000 exemplares**

Catalogação na fonte: Eliane Maria de Medeiros e Silva – CRB 1ª Região/1678

Miranda-Sá Jr, Luiz Salvador de
Uma introdução à Medicina / Luiz Salvador de Miranda-Sá Júnior – Brasília: CFM, 2013.
2 v. ; 13,5 x 20,5cm.

Conteúdo: v.1: O médico – v 2: O que é Medicina.

ISBN 978-85-87077-31-8

1. História da medicina. 2. Medicina – história. I.Título: Uma introdução à Medicina: o médico. II.Título: Uma introdução à Medicina: o que é Medicina.

CDD 610.9

# Sumário

# Apresentação

## Reflexões sobre ser médico

Em tempo de tecnologias cada vez mais acessíveis e em maior número, o humanismo ressalta-se como imprescindível às interações sociais. Na medicina, é a base estrutural da relação médico-paciente, sendo que aliar os benefícios das novas técnicas ao cuidado com o ser humano configura missão do médico do século 21.

Para tanto, reflexões como as propostas por **Uma Introdução à Medicina** são mais que pertinentes e bem-vindas. Trata-se de oportunidade ímpar de aprofundar discussões em torno de questões que fazem parte do cotidiano da profissão, mas que – por conta de rotinas aceleradas e da superficialidade como os tempos modernos tratam dilemas éticos e profissionais – são relegadas a um plano secundário.

Ressalte-se que o bom desempenho da medicina não se abstém de priorizar a ética e valorizar um atendimento mais humano, ainda que, muitas vezes, o ambiente apresente condições adversas e o sistema de saúde seja precário. Neste contexto, a relação médico-paciente deve ser pautada por um diálogo franco e humanamente paritário para que faça nascer relações radicadas no denso valor ético-social da recíproca confiança.

A prática médica requer humildade, prudência, diligência, perícia, compaixão e justiça. Em seu exercício, vai além das regras existentes e necessárias para que seja garantida a segurança do paciente. O médico é um especialista em cuidado com a vida e necessariamente um humanista, o qual entende que seu mister supera a análise de dados biológicos. A avaliação de fatores culturais, ambientais, sociológicos e psicológicos e de seu impacto sobre os indivíduos também compõem o fazer médico – que não se restringe a curar enfermidades.

Diante dos limites da ciência, o médico também é aquele que acompanha e orienta tanto o paciente quanto os familiares na escolha de tratamentos, no sofrimento ante a doença e a morte. Ser médico é exercer a arte e a ciência ao mesmo tempo, um privilégio para poucos, mas que exigeresponsabilidade e compromisso a cada segundo.

Ser médico é enfrentar os desafios impostos pelas desigualdades, assumir seu papel na sociedade como um profissional dedicado e se emocionar com a gratidão dos seus pacientes. Ser médico, no fim das contas, é simples e complexo: é agir com total desprendimento, atender e ter alegria pelo fazer espelhando-se continuamente nos princípios bioéticos da autonomia, dignidade, veracidade, beneficência, não maleficência, justiça e honestidade.

Diante do temário de **Uma Introdução à Medicina**, resta-nos propor aos leitores embarcar nesta viagem de descobertas que será, certamente, transformadora, levando-nos a lançar um novo olhar sobre a profissão e o papel dos que a exercem.

**Roberto Luiz d'Avila**
*Presidente do CFM*

# 1. O que é ser médico

*“O operário faz a coisa e a coisa faz o operário”*
Vinicius de Moraes

## A origem deste livro

Este livro começou a ser concebido em 1993, quando os alunos do primeiro ano médico do Centro de Ciências Biológicas da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul reivindicaram a inclusão,no currículo, de uma matéria preparatória ao estudo da medicina. O autor, seu professor, discutiu com os mesmos este desejo e pôde sintetizar a pretensão dos discentes com as possibilidades do docente. A proposta foi encaminhada às autoridades acadêmicas competentes e a matéria, incluída no currículo.

O presente trabalho corresponde à revisão dessa síntese programada e executada para atender à demanda dos estudantes que se ressentiam da falta de bibliografia específica. Os alunos pretendiam, com acerto, que o estudo das disciplinas do currículo médico, lecionadas isoladamente como objetos particulares, se fazia bem mais difícil do que poderia ser caso tivessem uma ideia geral do universo curricular que circunscrevesse a totalidade daquela carreira profissional. Uma espécie de propedêutica médica, em toda a extensão do significado deste termo, e uma visão geral da profissão que estavam abraçando e que lhes permitisse, conhecendo a configuração do todo, nela situar o estudo de cada uma de suas partes. Mas necessitavam de uma propedêutica da profissão médica que incluísse os aspectos psicossociais da medicina, posto que consideravam a que aprendiam muito restrita aos aspectos biológicos do ser humano. Queriam aprendê-la mais humana e humanizada, diferente do que seria uma veterinária humana. Pretendiam tornar-se médicos após aprender, pelo menos, noções de humanidades e de ciências humanas e sociais que os preparassem para melhor atuar como médicos, melhor entender o mundo à volta e os pacientes à frente.

Ansiavam por entender o ser humano como ente antropológico, necessariamente biopsicossocial – e porque não filosófico? –, ainda que não tivessem a plena consciência disso. Julgavam, com razão, que se melhor entendessem a condição dos pacientes em sua situação interpessoal e social seriam mais capazes de melhor compreendê-los– o que deve ser tarefa prioritária do médico.

Por motivos administrativos – e por que não dizer políticos? – pareceu inconveniente aos membros colegiados do CCBS que trataram do tema criar uma disciplina com aquela finalidade e/ou encomendar esse curso ao Centro de Ciências Humanas e Sociais, a unidade universitária formalmente adequada para tanto. Ao invés, o colegiado do curso ativou a disciplina Saúde Mental, já existente e sob a regência deste autor, para nela integrar esta matéria e lecioná-la em dois semestres do primeiro ano do curso médico. Como o programa foi construído com os alunos e não havia bibliografia própria alcançável com facilidade para trabalhar o conteúdo pretendido sem que fossem sobrecarregados com muitos títulos e a correspondente despesa, o autor preparou alguns ponto de aula, aperfeiçoados à medida que eram lecionados e discutidos em classe.

Agora, como dantes, busca a crítica de seus leitores.

Originalmente, o programa dessa disciplina versava sobre alguns fundamentos sociológicos, históricos, econômicos, políticos, científicos, filosóficos (notadamente epistemológicos e metodológicos) e antropológicos da medicina, considerados propedêuticos e tidos como mais importantes para a formação de médicos. Cada um desses pontos constituiu um módulo do trabalho e alguns estão sendo aqui aproveitados, ainda que com numerosas modificações. Este livro surgiu das notas de aula preparadas para atender a essa necessidade.

Com a aposentadoria do autor da carreira docente e seu consequente afastamento da universidade, o trabalho de prosseguir o aperfeiçoamento deste material foi deixado de lado por algum

tempo, haja vista que o autor teve que se dedicar a outros afazeres, especialmente às tarefas conselhares na profissão médica. Primeiro, no Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul (CRM-MS); depois, no Conselho Federal de Medicina (CFM) – onde ocupou-se da caracterização dos atos profissionais de médicos, utilizando o material já sistematizado.

> *Os aspectos epistemológicos, metodológicos e políticos da medicina, que compunham o programa original, foram deixados para outra oportunidade, inclusive porque existe muita coisa publicada sobre esta matéria ao alcance de quem a quiser estudar. Aqui constará apenas uma síntese do tema, para permitir uma visão de seu conjunto e possibilitar que eventuais interessados possam ampliar a matéria.*

A necessidade e oportunidade de retomar o tema deste trabalho ressurgiu quando o CFM incumbiu o autor a preparar pequeno ensaio sobre o ato médico, na ocasião em que a corporação percebeu a necessidade de uma medida legislativa que fixasse o campo de trabalho médico – que, até aquele momento, estivera contido apenas em legislação dispersa e heterogênea. Fez-se, então, uma síntese dos módulos sobre o ato médico a partir do já existente. Este resumo e mais o de alguns outros módulos correlatos àquele estão sendo desenvolvidos aqui, neste trabalho, após terem sido lecionados e discutidos em classe com os alunos. Contudo, o trabalho não foi publicado porque o autor se recusou a apoiar um grupo político que pretendia se eternizar no poder conselhal.

O autor espera que esta publicação motive esforço semelhante de outros interessados no tema e estimule a quem deseje criticar e aperfeiçoar este trabalho. Expectativa importante em um ambiente universitário que se torna cada vez mais acrítico, no qual as críticas doutrinárias são interpretadas como ofensas pessoais.

Os estudantes de medicina precisam conhecer o projeto original de sua profissão. Igualmente, desse ensinamento também necessitam os muitos médicos que não tiveram ocasião de aprender tal enfoque na faculdade e, muitas vezes, tiveram que aprender

às próprias custas depois de formados. Esta matéria foi também discutida com o CFM, tendo servido para fundamentar a discussão da proposta de legislação pertinente à regulação da profissão médica no Brasil – que emergiu daqui.

Em linhas gerais, este trabalho versa sobre os médicos, o seu trabalho e a instituição que os integra – a medicina. Centra-se no trabalho médico porque o exercício da medicina – o trabalho médico – materializa a atividade laboriosa dos médicos e de sua relação com os pacientes. E sempre que se aludir a uma destas categorias sem se fazer menção explícita à outra, deve-se ter como certo que esta estará implicitamente incluída. Aqui, ao menos em tese, encara-se a medicina como a aplicação de ciência e exercício da arte de curar, mas também como a instituição socioprofissional cujos agentes, os médicos, detêm a prerrogativa exclusiva de diagnosticar as enfermidades, prescrever o tratamento dos enfermos e exercer as demais atividades direta e imediatamente decorrentes destas.

Bem vistas as coisas, há de se verificar que a maioria dos aspectos mais importantes da medicina como labor médico estará contemplada nesta obra.

Por honestidade intelectual, deve-se destacar que uma característica deste texto é a completa falta de neutralidade de seu autor com relação ao tema abordado. Neutralidade com o sentido particular de isenção no que respeita ao seu conteúdo, à matéria nele tratada. A isenção presume distanciamento afetivo em relação ao tema, o que é impossível, no caso. Completamente. Este é um tema apaixonante, apaixonador e apaixonado.

A paixão do autor não apenas lhe inibe, mas proíbe, a isenção nesta matéria. Este livro foi escrito por alguém apaixonado pela medicina desde a infância, que quanto mais a vive, mais a ela se apega e não sabe fazer coisa outra senão trabalhar como médico porque vive a medicina. Por isso, zela mais por ela do que por si e por tudo o que mais deveria zelar. Está inteiramente comprometido com a medicina e o leitor deve considerar tal fato ao tomar

conhecimento deste conteúdo. Grande parte desse zelo influi em sua posição sobre a profissão médica e o julgamento acerca da conduta dos que a praticam.

No decorrer do trabalho, são estudados alguns aspectos da medicina. Pois existem numerosos enfoques pelos quais ela pode ser estudada – e várias opiniões sobre cada um deles. Como, por exemplo, a medicina individual ou a das coletividades? A medicina pública ou a privada? A medicina profissão ou a atividade tecnocientífica médica? A medicina clínica ou a social? A medicina real ou a ideal? – ou de qualquer outra modalidade de práxis técnica, burocrática ou profissional que possa ser legitimamente chamada de "medicina" (com minúscula) ou de Medicina (com maiúscula). Durante esta leitura, há de se perceber alguns motivos de tal distinção e algumas das dificuldades encontradas para conhecê-los. A dificuldade principal, no entanto, reside na multiplicidade de suas identidades. Mas, como se verá, apesar da multiplicidade das entidades que formam a medicina, ela existe como unidade inteira e íntegra em sua aparente diversidade. Este é um aspecto comum a todas as instituições, mas que assume características muito interessantes na instituição médica – como este texto clarificará.

A medicina existe como síntese de todas as suas identidades parciais, que serão adiante mencionadas. Embora sobre todas esteja a clínica médica, a medicina que busca sempre a excelência desde sua origem mais remota. Pode-se dizer que todas as suas identidades brotaram da clínica médica geral, convergem para a clínica, existem por causa da clínica e para a clínica. A clínica, como procedimento profissional, que se inicia em uma relação de confiança mútua e se completa em um procedimento técnico ou num conjunto deles realizado por pessoa capacitada e habilitada em benefício de alguém que dela necessita. De permeio, entre estes dois níveis de interação, sua dimensão laboral (autônoma ou proletarizada).

Portanto, as principais dificuldades para o entendimento da medicina têm início na multiplicidade das identidades que a compõem, na complexidade dos papéis que contém e que seus agen-

tes e agências desempenham na sociedade, além da diversidade de suas tarefas técnicas, éticas e sociais, as quais, absolutamente, não podem ser padronizadas ou automatizadas. A medicina gera um mundo de papéis e de identidades que só existem porque são vividos pelos médicos no desempenho de sua atividade principal de diagnosticar enfermidades e tratar enfermos.

A medicina sem adjetivação existe como síntese de todas as suas identidades parciais acima mencionadas. Por isso, sua missão institucional se amplia a cada passo de sua evolução, à medida que se ampliam seus dados teóricos e práticas técnicas. Embora sobre todas as suas missões institucionais esteja a clínica, que modela a medicina por excelência desde sua origem mais remota e lhe assegura o núcleo essencial de sua identidade sintética.

A clínica como procedimento profissional que se inicia em uma relação de confiança mútua e se completa em um procedimento técnico ou num conjunto deles destinado a atender à necessidade de bem-estar de uma pessoa ou de uma comunidade. De permeio, entre estes dois níveis de interação, sua dimensão laboral (autônoma ou proletarizada). Pode-se dizer que todas as suas identidades convergem para aquela primeira, posto que existem por causa dela, para ela e por ela.

> *Uma pessoa proletarizada é agente de um trabalho assalariado, não autônomo. Mas no país surrealista que é o Brasil, o governo estimula e pratica a forma disfarçada de subassalariamento denominada "credenciamento". Modo de pagar quantias insignificantes pelo trabalho médico e de sonegar a esses trabalhadores as garantias trabalhistas. Conduta antissocial que os governos praticam como se fosse natural, enquanto a reprime nos empregadores privados. Fosse um particular a praticá-lo!*
>
> *Toda a medicina, a clínica médica e os procedimentos não clínicos, as atividades técnicas e econômicas, devem ser praticadas como humanitárias. Sua dimensão ética deve predominar tanto sobre seus aspectos técnicos quanto mercantis. A dimensão humanitária deve ser prioritária, principalmente nas interações diretas com o corpo e com a subjetividade dos pacientes.*

Aqui se cuida dos médicos que fazem a medicina que busca a excelência como dever desde sua origem mais remota e em todas as manifestações de sua identidade, como mostra o juramento de Hipócrates. Pode-se repetir que todas as suas especialidades brotam da clínica, convergem para a clínica, existem por causa da clínica e para a clínica. São ramos da clínica e não suas frações. A clínica como relação técnica e humanitária de ajuda entre um médico e uma pessoa enferma que necessita seus cuidados.

Contudo, parece importante antecipar que aqui tratar-se-á da medicina como ideal de profissão e dos médicos como os agentes que devem praticar e zelar por estes ideais; de como deve ser esta profissão e de como deve agir este profissional. De como devem desempenhar seus papéis técnicos, éticos e institucionais na sociedade civilizada. Cuida-se aqui da medicina como ela deve ser, como deve ser praticada e de sua configuração como multi-instituição social, tal como esboçada há mais de vinte e cinco séculos pelos hipocráticos. Mas, principalmente, de como tais ideias podem ser atualizadas para atender às necessidades e possibilidades deste momento histórico.

Também aqui se cuida de como devem interagir seus agentes, os médicos, com os outros agentes sociais da área da saúde; de como existem na qualidade de componentes inseparáveis de uma só realidade que os integra, agentes que são de uma entidade social organizada a serviço de necessidades imperiosas da humanidade. E como conjunto orgânico de indivíduos autônomos trabalhando para seu sustento e para a manutenção de suas famílias – como sucede a qualquer trabalhador, profissional ou não.

Cuida-se, ainda que de raspão, da realidade natural e social na qual os médicos atuam. Hipócrates já se havia dado conta da vertente ecológica da medicina e Virchow, de sua dimensão social (*a medicina é uma ciência social*, dizia). Aqueles aspectos da realidade que podem ser sintetizados numa atividade simultaneamente técnica e social chamada *assistência médica*.

Assistência médica que integra o elenco de procedimentos tecnológicos e de políticas sociais e reúne os serviços médicos prestados a indivíduos e a coletividades, nos setores público e privado. Ou seja, agrupa os muitos serviços médicos que a sociedade oferece à população por meio do trabalho dos médicos e dos demais profissionais de saúde que atuam em estabelecimentos ou agências sanitárias cujo objetivo, primário ou secundário, consiste em prestar assistência médica a pessoas dela necessitadas. O criterioso emprego dos recursos da assistência médica tem o exercício da medicina como atividade-fim principal.

Neste trabalho, por conta da opção preliminar que comandou sua realização, se tratará apenas da medicina, dos médicos e de sua atividade profissional. Sem qualquer desdouro por quem quer que seja ou pelas tarefas desempenhadas por qualquer um de seus muitos parceiros na atividade sanitária. E sem qualquer pretensão de que a assistência médica, apesar de assim adjetivada, possa ser prestada apenas por eles. Nem sem eles, importa que se repita. Porque se a assistência médica não pode ser prestada somente pelos médicos,  também não pode ser prestada sem eles. Ao menos se houver a mínima preocupação com a honestidade e fidelidade aos interesses dos pacientes. Pois essa é uma antiga divisa dos médicos e que deve ser para sempre respeitada: neste caso, o que é melhor para o paciente? Esta é a grande questão que os médicos se fazem ante um paciente.

## Ideias essenciais

O que é um médico? Por mais óbvia que possa parecer a resposta, esta é a indagação que abre este estudo. Entretanto, diferentemente do que sucede com a definição de medicina e do trabalho dos médicos, pode não obter a mesma resposta de todos. Não há quem não saiba o que é um médico, pois esta palavra é absolutamente unívoca, conta com um único sentido do qual ninguém bem intencionado foge. De tal forma que, se é possível hesitar na escolha de um dos sentidos da palavra medicina, isto não acon-

tece com a expressão “médico”, porque os sentidos de medicina que não correspondam ao trabalho do médico são acessórios e metafóricos. No entanto, para proceder com algum método, primeiro considera-se a possível relação entre as palavras medicina e médico e os fatos que lhes correspondam na realidade.

Médico é o agente da medicina, a pessoa capacitada e habilitada para exercer a profissão médica.

Medicina é a profissão científica e humanitária cujos agentes, os médicos, são incumbidos privativamente do diagnóstico das enfermidades e do tratamento dos enfermos e todos os demais atos profissionais decorrentes destes. Cabe-lhes, adicionalmente e como práxis profissional compartilhada, a participação em programas e procedimentos de promoção da saúde, profilaxia das enfermidades e reabilitação dos casos de invalidez. Devendo-se destacar a primazia da relação humanitária e ética dessa relação especial entre o enfermo e quem o ajuda.

Enfermidade é um estado do organismo afetado danosamente por um agente patogênico (físico, químico, biológico ou psicossocial).

Doença é uma enfermidade conhecida ou sentida pela pessoa, que passa a desempenhar o papel de doente.

> *Aqui aparece a ausência de correlação completa entre as palavras medicina e médico. Pois medicina pode ser empregada como remédio, que nem sempre cabe no sentido estrito de medicamento. Porque as expressões medicina alternativa e medicina complementar procedem deste significado na língua inglesa (comum no inglês* medicline *e no* espanhol medicina, *mas raro em português), não se atribui seus agentes de maneira análoga.*

Médico e medicina são termos que se referem a elementos da realidade social em qualquer parte do mundo. São intercomplementares, interativos e inseparáveis. Pois é impossível falar,

sequer pensar, nos médicos sem considerar a medicina ou mencionar a medicina sem nela incluir os médicos. Insista-se que a interdependência completa e absoluta destas duas palavras, destas duas ideias e destes dois fenômenos reais se revela no fato de não poder existir medicina sem médico, nem médico sem medicina (como conceitos, como palavras e como fatos). Parafraseando o poeta epigrafado, o operário faz a coisa e a coisa faz o operário, pode-se dizer que o médico faz a medicina enquanto a medicina faz o médico; e esta intercomplementaridade os torna inseparáveis. Pois a medicina é uma abstração que só existe realmente porque se materializa na atividade profissional dos médicos, sem a qual não há medicina. Por isto, percebe-se ser completamente inútil tentar separar estes dois termos, estas duas ideias e estas duas coisas que estas duas palavras e ideias representam.

## A formação dos médicos

É fato conhecido que a medicina é uma abstração concretizada no trabalho dos médicos. Estes, sim, constituem os componentes concretos e materiais dessa entidade social abstrata chamada medicina.

São os médicos que constroem a possibilidade de tornar a medicina, que é uma abstração, em entidade real e concreta com seu trabalho em benefício da humanidade. Em benefício da humanidade mesma, como generalidade que se refere a todos os seres humanos; mais especificamente, da humanidade encarnada em cada um dos pacientes assistidos pelos médicos; da humanidade representada por toda a população humana presente e futura; e da humanidade personificada em cada pessoa afetada por uma condição de enfermidade, especialmente as que buscam socorro médico.

A formação profissional dos médicos é tida como formação científica. Talvez por consequência, os médicos cedo passaram a ser chamados homens de ciência, cientistas. E isto não deixava de ser

verdadeiro àquela época, quando surgiram os físicos, os químicos e os biólogos. Mas estas atividades só prosperaram como científicas depois do Renascimento, fase em que a medicina perdeu a primazia, mas não a importância. Hoje, a maioria dos cursos médicos prepara insuficientemente seus alunos no espírito científico. Nem a atitude básica de ética e busca de saber descomprometido (ou seja, *científico*). Uma das causas desse despreparo reside no abandono da filosofia como alicerce da ciência, o que se expressa na supervalorização da metodologia frente à ontologia, à gnosiologia, à lógica e à ética. Ainda que se ocupem de alguma metodologia.

Os médicos são os agentes materiais da medicina e a medicina, uma abstração para mencionar o trabalho dos médicos. Médicos são os profissionais que exercem a medicina, assim como a medicina é a profissão exercida pelos médicos. Isto é o mais elementar e mais geral que se pode dizer sobre este tema. Ninguém pretenda imaginar a medicina sem médicos ou um médico sem medicina. Por isso, aqui há de se tratar dos médicos na qualidade de atores da medicina, agentes profissionais que podem desempenhar seus papéis como protagonistas com maior ou menor influência ou como figurantes da medicina em diferentes situações nas quais desempenham papéis mais ou menos expressivos. Porque é preciso que se faça isto assim, aqui neste momento, e não porque esta seja considerada a melhor maneira de fazê-lo.

Na linguagem comum, usa-se a expressão *médico* como o agente laboral especialmente capacitado e legalmente habilitado para diagnosticar as enfermidades e tratar os enfermos, além de desempenhar as tarefas decorrentes e dependentes destas ou correlatas a elas. Por definição, o médico é o agente profissional incumbido fundamentalmente de diagnosticar as enfermidades e tratar os enfermos, além de praticar outros atos profissionais decorrentes dessas atividades. Pretendendo-se concisão, pode-se definir *médico* como pessoa formada em medicina em curso oficial ou reconhecido e habilitado legalmente para exercer a profissão médica em um certo local.

O agente social graduado (licenciado ou bacharelado) em medicina e preparado para exercê-la da maneira que a sociedade exige. Do ponto de vista jurídico, para que uma pessoa se faça médico e possa exercer legalmente a medicina no Brasil, hoje, basta que esteja devidamente capacitada e legalmente habilitada.

> *Aptidão – predisposição individual e recursos que possibilitam um indivíduo aprender a realizar uma determinada tarefa física, mental ou social.*
>
> *Capacidade – expressão que pode ser empregada com vários sentidos em Psicologia: 1. limite superior da aptidão; ou seja, limite superior da possibilidade e disposição funcional de um organismo em uma certa fase de seu desenvolvimento e com bom treinamento; 2. plena possibilidade adquirida por um indivíduo para desempenhar uma certa função; 3. também se emprega como termo físico (da eletricidade), o que não vem ao caso aqui. (Que em inglês alguns denominam* hability *e, por desconhecerem isto, muitos traduzem como habilidade)*
>
> *Habilidade – destreza, precisão, espontaneidade e facilidade que alguém adquire no curso da aprendizagem para exercer uma capacidade ou um conjunto delas.*

Em tese, capacitação ou desenvolvimento das capacidades significa a emergência ou a evolução das aptidões em uma pessoa; o fenômeno que envolve o desenvolvimento de aptidões técnicas e humanas em uma pessoa (nestas, destacam-se as éticas, as de convivência e as de comunicação). Em todos os países a legislação admite a comprovação de estudos que atendam às exigências curriculares para o desempenho de uma atividade profissional como prova suficiente de capacitação. O limite da capacitação é o grau máximo que uma capacidade pode apresentar.

Uma vez graduado em medicina e tendo adquirido o grau acadêmico de médico, a pessoa deve se habilitar para exercer a profissão em um certo local. Diferentemente dos conceitos de aptidão, capacidade e habilidade, que são termos psicológicos e psicopedagógicos, a habilitação é um termo jurídico.

*Habilitação é o reconhecimento oficial da capacidade de alguém desempenhar legalmente uma capacidade ou exercer uma função social legalmente regulada que garante o direito de exercê-la. Em inglês se denomina* certification.

*No caso da habilitação para o exercício profissional, significa o reconhecimento oficial, por sua corporação, da capacidade de alguém realizar aquela profissão. Na dependência das disposições legais, o processo de habilitar um candidato para o exercício de uma profissão em um certo local pode ser mera formalidade cartorial de fazer seu registro. Mas pode haver algumas exigências adicionais como provas, estágios ou outras formas de o candidato comprovar sua capacidade. Atualmente, em diversos países, a habilitação de profissional e, sobretudo, de especialista pode ser renovável periodicamente com o propósito de assegurar a atualização do profissional.*

Após a habilitação, o profissional brasileiro fica submetido à fiscalização de seu conselho e contrai outras obrigações para com aquela agência organizadora dos trabalhadores de sua profissão – que é composta e funciona nos termos da lei, mas dirigida pelos agentes daquela profissão.

O que se denomina autorregulamentação ou autocontrole profissional, que é mais um traço da profissionalidade.

*Que não deve ser confundida com a autorregulação, que seria a capacidade de uma profissão se autoinstituir, como se fora um Estado soberano.*

*A regulação de uma profissão é atribuição legislativa na maior parte dos países democráticos. As agências regulamentadoras, organizadoras e fiscalizadoras agem com base na legislação reguladora ou instituidora, que deve delimitar o campo de trabalho de seus profissionais e a competência legal de seus organismos. São, portanto, organismos estatais ou órgãos privados credenciados pelo Estado para desempenhar uma tarefa estatal, o que no Brasil tem sido uma aberração: as agências reguladoras criadas para defender a sociedade, fazem o oposto.*

A formação de todo profissional implica, mais que tudo, na aquisição e no desenvolvimento de atitudes próprias e específicas daquela atividade laboral. Atitude no sentido de predisposição aprendida e perdurável a comportar-se de uma certa maneira e a reagir de um certo modo ante situações-tipo. A elaboração das atitudes próprias de uma carreira constituem o núcleo formativo essencial de qualquer processo pedagógico profissional. Muito mais que as informações e as habilidades.

Cada profissão exige a elaboração de um conjunto de atitudes que são próprias dela e que podem ser mais importantes que o saber e o saber fazer. Trata de saber como fazer. Pois, muito mais tipificadoras daquela atividade do que as informações assimiladas e as capacidades e habilidades treinadas, as atitudes são vivenciadas como algo muito importante para pessoas e comunidades.

O processo legal de verificação da capacidade de uma pessoa graduada em uma faculdade e que a torna apta a se habilitar repousa inteiramente na confiança na eficácia do trabalho da agência pedagógica formadora – a faculdade. A norma legal presume como verdade que todos os alunos graduados foram devidamente preparados, de tal forma que todos estão capacitados para exercer a profissão na qual se graduaram (licenciaram ou bacharelaram, se for o caso).

Presunção legal que tem sido desmentida pelos fatos, sobretudo nos últimos tempos. Essa pretensão legal não tem se mostrado verdadeira para todos os cursos profissionalizantes, para todas as escolas ou para todos os alunos. O exame de habilitação à inscrição na Ordem dos Advogados do Brasil comprova esta afirmativa. O mesmo ocorre com a habilitação dos médicos nas especializações realizadas depois da graduação e nos procedimentos de renovação do credenciamento como especialista, que indica sua atualização.

A habilitação específica para exercer uma certa forma de trabalho que implique em risco para outrem constitui não apenas direito

e dever do profissional, mas garantia para a sociedade; especialmente quando se trata de uma atividade reconhecida como especializada. Embora a maioria das constituições do mundo assegurem a liberdade de trabalho e garantam a todos os cidadãos o direito de exercer qualquer atividade laboral, nos limites da lei, isto não quer dizer que qualquer pessoa possa realizar qualquer trabalho, em qualquer lugar, de qualquer maneira.

Algumas atividades laborais são condicionadas à formação especial, à comprovação de capacidade técnica e à habilitação. Este é o caso das  profissões, desde os motoristas amadores e profissionais (estes, com diversas categorias de habilitação). Ninguém pode conduzir veículos nas vias públicas sem estar adequadamente capacitado e legalmente habilitado para guiar certos tipos de veículos e certas qualidades de carga. Com o exercício das profissões, dá-se a mesma coisa. No entanto, ninguém parece saber porque ser jogador de futebol é uma profissão e não uma ocupação regulada.

> *Note-se, sem desdouro, que a responsabilidade individual e social do trabalho do motorista costuma ser menor que a do médico ou a de outros profissionais de saúde. Ninguém pode atuar como médico sem ter sido graduado em medicina em curso regular e estar inscrito num Conselho Regional de Medicina.*

O caso das diferenças didático-pedagógicas dos cursos também deve ser considerado. O curso de medicina coloca exigências pedagógicas peculiares que devem ser atendidas e não podem ser desconsideradas. Primeiramente, a avaliação de um aprendiz de médico tem suas peculiaridades. Na maior parte dos cursos de outras profissões, adota-se uma dada fração do conteúdo curricular como ponto de corte para separar os aprovados dos reprovados. O aluno é aprovado se obtiver nota ou grau correspondente a 50, 60 ou tantos por cento do total. Este critério, contudo, não se presta para avaliar candidatos a médico, embora possa ser ótimo para os de outros cursos.

A avaliação de candidatos a médico deve ser qualitativa, porque existe um conjunto de conteúdos curriculares que todos os médi-

cos devem saber. Aquele núcleo mínimo de informações, de capacidades técnicas e, principalmente, de atitudes deve ser exigido de todos. O grau mínimo de aprovação deve partir daí. O que fará a diferença entre os aprovados será a maior ou menor habilidade e eficácia com que realiza as tarefas basais e o que cada um acrescentar a elas além do mínimo exigido de todos os probandos em um exame.

> *Os professores se agradam muito de se dizerem educadores, mesmo quando a tarefa que realizam seja a de meros instrutores. Ser chamado de educador parece fazer com que se sintam mais importantes. E gostam disso, necessitam disso.*
>
> *Na França, as repartições e agências sociais correspondentes a essas são ministério e secretarias de instrução pública. E lá os alunos são ao menos instruídos.*

Afinal, que diferença poderia ser encontrada entre os significados das palavras educar, instruir e treinar? Importa conhecer isto, pois são objetivos pedagógicos diferentes, dependem de recursos didáticos muito diferentes e professores com capacidades diversas.

*Treinar* é a atividade didático-pedagógica que tem por objetivo desenvolver aptidões e capacidades específicas, de modo a fazer alguma coisa com proficiência. Os programas de treinamento, em geral, se voltam para capacidades que desenvolvem aptidões psicomotoras e sociais, embora possam ter objetivos em domínios cognitivos e afetivos, mas em quantidade e grau bem menor.

*Instruir* consiste em desenvolver procedimentos pedagógicos voltados essencialmente à transmissão de conhecimentos sob a forma de informações. Dirige-se para a aquisição e o desenvolvimento de hábitos e habilidades cognitivas.

*Educar* consiste no processo de assegurar os recursos e as possibilidades objetivas e subjetivas para a formação integral da pessoa. Envolve a formação de hábitos e capacidades que vão da instrução e do treinamento de condutas à formação e ao desevolvimento de atitudes. As atitudes se manifestam como predisposição a

agir, a reagir e a aprender certos tipos de conteúdo ou a desenvolver certas aptidões específicas.

Diversas profissões podem resumir sua formação ao treinamento; outras, à instrução; e outras, a treinamento mais instrução. A medicina exige sempre formação, por mais técnica possa parecer a especialidade a que o médico venha a se dedicar. A medicina, mais que outra profissão qualquer, exige formação integral e dedicação exclusiva de seus formandos. O que inclui treinamento, instrução e, sobretudo, aquisição e desenvolvimento de atitudes positivas como as de respeito, serviço, solidariedade e justiça. A conformação das atitudes individuais, como acontece com a aquisição e o desenvolvimento dos valores sociais, constitui o eixo essencial desse processo formativo.

Os médicos que atuam como professores, preceptores de alunos ou de residentes ou os que simplesmente trabalham em serviços em que atuem estudantes de medicina ou médicos residentes devem ter a consciência de que, mais que em qualquer outra profissão, os aprendizes de médicos e médicos em formação aprendem pelo exemplo de seus colegas que tomam como modelo e fixam este aprendizado por meio da imitação. Nestes casos, a imitação do modelo tido como ideal é um fator de aprendizado que aumenta a responsabilidade dos médicos das equipes dos serviços de ensino. A consciência dessa responsabilidade é essencial para o médico que trabalha nesses serviços.

A *formação* se diferencia do *aprendizado* (aquisição do conhecimento) e do *treinamento* (desenvolvimento de capacidades psicomotoras e sociais – as habilidades para os positivistas) pelo arraigamento dos conteúdos pedagógicos na personalidade do aprendiz. A formação deve ser mais abrangente e mais arraigada que a apreensão de conteúdos intelectuais da aprendizagem e os hábitos advindos do treinamento. Os valores e as atitudes podem ser considerados positivos e negativos, conforme favoreçam ou perturbem aos interesses da sociedade (muito mais que sirva aos interesses individuais).

Para satisfazer essa exigência formativa o curso médico há que ser desenvolvido na relação permanente dos alunos, professores e doentes no ambiente onde se pratica assistência médica e, simultaneamente, se formem os aprendizes de médicos e se aperfeiçoem os médicos formados. Pois a medicina se ensina e se aprende com exemplos, com demonstrações práticas vivenciadas pelo aprendiz. O aprendizado prático da medicina não pode se reduzir à experiência sem teoria e sem afetividade; deve ter lastro de conhecimento e ser realizado como vivência – necessita ser vivenciado, não basta que seja vivido.

Vivência, sabe-se, é como se denomina uma experiência carregada de afetividade. E essa diferença é fundamental e nenhuma outra profissão a exige tanto quanto a medicina exige de seus aprendizes.

A medicina se aprende e se ensina no convívio vivenciado de alunos e professores com os pacientes, nas condições reais do exercício profissional. A medicina se ensina e se aprende na convivência nos serviços de assistência médica, em volta das tarefas que ali se praticam. Não precisa e nem deve ser apenas no hospital. Deve incluir a assistência de urgência e emergência, ambulatórios gerais e especializados, laboratórios, postos e centros de saúde, e incluir alguma experiência em assistência domiciliar.

A formação em medicina exige dedicação exclusiva de seus aprendizes em um período cada vez mais extenso. Não apenas tempo integral, com o sentido de não se dedicar a outras atividades absorventes, exige dedicação total durante a formação. O estudante de medicina deve viver sua formação, respirar e transpirar medicina e temas médicos por todo esse tempo. E, ainda assim, cedo há de verificar que poderia ter se dedicado um pouquinho mais e isto só lhe seria vantajoso.

Desde Hipócrates, reconhecem-se três ordens de motivações afetivas de natureza altruísta que devem mover o médico e que se refletem na qualidade de sua prática.

Essas três estruturas de motivação devem ser as seguintes:

• a filotecnia (amor à arte, o amor que deve sentir alguém pela atividade a qual dedica sua vida, haja vista que não se pode ser feliz se não gostar do próprio trabalho; nem se realizar como pessoa se sua realização depender inteira ou predominantemente da remuneração financeira);

• a filantropia (amor à humanidade, obrigação humana de gostar dos outros seres humanos, de seus pacientes, sobretudo de gostar de sua comunidade, da cidade em que vive e trabalha, o que facilita a mobilização da disponibilidade médica e de seu interesse pelo estado da saúde coletiva); e

• a filosofia (amor ao conhecimento, não apenas no sentido de curiosidade científica, mas de orgulho e, mais que o desejo, a necessidade de saber cada vez mais, de poder explicar cada vez mais e, por isto, de poder fazer cada vez mais e melhor).

Os motivos altruístas se opõem, natural e dialeticamente, às tendências egocentradas ou egotistas (dirigidas preferentemente pelo seu agente em seu próprio benefício) ou às tendências egoístas (representadas pelos impulsos e desejos voltados para a satisfação das próprias necessidades e interesses sem considerar os demais para coisa alguma). Grande parte das condutas humanas são determinadas ou influenciadas pelas contradições entre esses dois tipos de tendências. A busca animal da satisfação e os freios do senso do dever ou sua desvalorização.

No plano formal da pedagogia médica, importa saber que não se deve ensinar nem se aprender medicina em expedientes fixos e limitados, com expedientes estritos e dedicação parcial, dividida com outras atividades e preocupações muito diferentes da atividade médica. Dedicação exclusiva assim costuma exigir um sistema formador que está fora do alcance dos brasileiros comuns. Um sistema no qual os alunos ganhem para estudar e os professores vivam para ensinar. Não basta a posse de um diploma para fazer um profissional, sobretudo um médico.

O aprendiz apto e motivado se faz médico no convívio constante de professores e alunos com as situações práticas concretas do ofício, na troca permanente de experiências, nas vivências profissionais compartilhadas com os colegas, pacientes, familiares e amigos dos pacientes, além dos companheiros de outras profissões que formam as equipes assistenciais – que constituem exigências essenciais para formar médicos.

> *Já houve programa semelhante quando se instituiu a residência médica. Os alunos ganhavam o suficiente para se manterem sem outras ocupações. Em contrapartida, se lhes exige dedicação exclusiva. O resultado foi excelente. Com o tempo, a remuneração dos alunos foi se degradando, o governo passou a cobrar-lhes contribuição previdenciária e acabou com a dedicação exclusiva, permitindo-lhes que assumissem outras obrigações laborais (a pretexto de ajudá-los). A qualidade caiu sensivelmente, como se podia esperar que acontecesse.*

O aprendizado da comunicação e o desenvolvimento das habilidades semiótica, clínica e terapêutica se dão como um processo de integração de informações, hábitos e atitudes que exige motivação, além da responsabilidade progressiva frente às tarefas médicas, plantões, procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, entre outros, e se mostra essencial para a formação médica, sem que seja necessária uma disciplina específica para esta matéria (que, se existisse, seria contraproducente).

Professores disciplinados ensinam disciplina a seus alunos de maneira natural e espontânea. Como bom modelo a ser seguido e não por medo do castigo. Deve provir do orgulho de ser correto e não do medo de ser castigado se errar. O senso de responsabilidade se desenvolve no médico na mesma razão da consciência que ele assume da importância do seu trabalho e do valor de seu objeto de intervenção: a saúde e a vida das pessoas. E da responsabilidade que assume diante da sociedade, da medicina e de si mesmo.

Para terminar, deve-se dizer que exercer a medicina não é tarefa para qualquer um, por mais bem intencionado seja ou esteja.

Medicina é tarefa de pessoas vocacionadas, aptas e capacitadas. Também não se pode selecionar médicos com critérios apenas cognitivos, porque o exercício da medicina exige muito mais. As aptidões afetivas e as inclinações do caráter são muito, muitíssimo mais importantes ainda que as cognitivas e não devem ser menosprezadas. Pessoas egoístas, individualistas e carentes do espírito solidário, que se preocupem mais consigo mesmas do que com os pacientes, não deveriam procurar a medicina como trabalho. Quem tolerar mal as frustrações (principalmente as da ingratidão e o insucesso que se segue ao imenso esforço de acertar), também não. Serão mais felizes (e mais úteis) noutra atividade profissional.

Em alguns idiomas, como o inglês e o castelhano, a palavra *medicina* também pode significar *remédio*; qualquer remédio ou qualquer forma de tratar um doente ou resolver um problema qualquer.

Em português e em muitas outras línguas, só se chama *médico* àquela pessoa que, além de graduado em medicina em um estabelecimento educacional reconhecido, está habilitado legalmente a exercê-la, de acordo com as exigências do lugar e da época. Alguém habilitado a prescrever remédios, mesmo que sejam chamados *medicinas* – como é o caso das palavras *medecin,* em francês; *physician* ou *doctor,* em inglês; *medico,* em italiano; *médico,* em espanhol; e *Arzt,* em alemão.

> *Também há quem denomine medicina a qualquer sistema social de tratamento dos enfermos, bastando que seja culturalmente legitimado. Caso em que se usa muito a forma plural – medicinas (remédios). Mas isto parece incorreto. Ao menos na linguagem técnica e do ponto de vista dos médicos brasileiros atuais.*

Tudo indica que a palavra *médico*, com o atual significado nos idiomas latinos, *aquele que trata os doentes*, é muito mais antiga que a expressão verbal "*medicina*", como hoje se denomina sua atividade social. No início, o emprego do termo *medicum,* em Roma, não designava alguém formado em medicina, haja vista que se aplicava a qualquer pessoa a quem se atribuísse o estatuto social

de cuidar do tratamento dos doentes. Ainda que tal tratamento fosse atividade cognitiva e social mais ou menos empírico-espontânea, sem qualquer controle, tanto no que concerne à obtenção de seus conhecimentos como a de seu exercício.

Inicialmente, nas épocas mais primitivas da sociedade humana, eram os xamãs, os pajés, os feiticeiros, os curandeiros e, depois, os sacerdotes-curadores que cuidavam os doentes em suas doenças. Os médicos atuais se originaram deles; os primeiros a serem denominados como médicos em latim, ainda que sua atividade só fosse chamada medicina bem mais tarde.

A introdução do termo *medicina* só ocorreu na língua portuguesa depois que o perfil dos médicos se aproximou bastante do que tem agora, sobretudo com o estabelecimento dos cursos nas universidades. Entretanto, a consciência profissional e social dos médicos tem origem mais antiga: surgiu com as guildas e os sindicatos medievais. Mas foi entre os séculos XVII e XIX que o prestígio social da medicina e dos médicos fez emergir a identidade da medicina como uma profissão muito especial.

> *Ao menos no Ocidente, cuja cultura derivou da matriz greco-romana, os médicos leigos foram os sucessores dos sacerdotes de Esculápio e de Apolo, duas divindades tidas como muito importantes e cujos sacerdotes se incumbiam de tratar os enfermos e ostentavam posição social de grande destaque e influência. Houve um momento em que os compromissos sacerdotais começou a atrapalhar a medicina racional. Foi quando os médicos se tornaram leigos.*

A palavra *médico* foi cunhada para mencionar o terapeuta, o cuidador, o curador, o curandeiro primitivo, mas o desenvolvimento histórico a transformou no que é, o curandeiro diferenciado do curador. Seu trabalho característico, sua lide social e labor técnico é aquele cujo eixo se desenvolve a partir das suas atividades mais essenciais, diagnosticar enfermidades e tratar enfermos além de, adicionalmente, prevenir enfermidades e reabilitar enfermos. Esta expressão tem sido usada para denominar aquela atividade labo-

riosa das que haviam sucedido imediatamente aos sacerdotes-curadores.

Nos idiomas ocidentais o termo *medicina* é relativamente recente, emergiu na linguagem latina muito tempo depois que a palavra latina *medicus*, *médico*, começou a ser empregada em sua forma vulgar. O que sugere que a atividade do médico era reconhecida antes que se criasse a palavra que veio a denominar sua profissão. Provavelmente, porque o trabalho do médico se confundia em sua origem com a atividade dos sacerdotes, feiticeiros, curandeiros, magos e xamãs de algumas religiões – os primeiros a tratar os doentes nas sociedades primitivas. Há quem ainda hoje confunda essas atividades com a medicina ou as medicinas. Mas isto está incorreto. A denominação *médico*, em latim, *medicum,* só se generalizou com o advento do médico leigo e da concepção da enfermidade e de seu tratamento como algo natural, fenômenos da natureza.

Pausa para uma breve questão de terminologia profissional. As palavras mudam de significação historicamente. No Renascimento, chamava-se soldado ao guerreiro mercenário que lutava por dinheiro, o soldo. Ninguém usa mais esta palavra com este sentido, que foi radicalmente transformado. Exatamente como o de medicina. A não ser como provocação. Ninguém chama as vivandeiras, mulheres que acompanhavam os exércitos e cuidavam dos soldados feridos (e lhes prestavam outros serviços), de enfermeiras – embora lhes tenham feito às vezes no passado, eram elas que cuidavam dos soldados doentes e feridos. Da mesma maneira que não se chama mercenário ao soldado, embora aquela tenha sido sua significação original (o que luta pelo soldo). Por isso, não tem sentido chamar o feiticeiro ou o xamã de médico tradicional, médico alternativa ou coisa que valha.

## O que faz o médico

A prática do tratamento dos doentes começou como um conjunto de mitos e práticas supersticiosas. Todos sabem disto. Mas a

experiência social a foi aperfeiçoando e tornando cada vez mais eficaz e segura. Os feiticeiros e xamãs primitivos foram sucedidos na arte de curar, na evolução das civilizações, pelos sacerdotes-médicos que apareceram com o agregamento de grupos humanos representado pelo surgimento das cidades e dos impérios; e estes, pelos médicos leigos ou profanos no mundo grego. Os médicos sucederam a estes sacerdotes.

Esta transição não representou apenas a mudança de sua denominação. Antes, representou uma mudança radical na concepção sobre a saúde e a doença. Um novo paradigma sobre a enfermidade e a saúde. O paradigma sobrenatural foi substiuído pelo natural. O que não foi pouco. Foi, na verdade, uma transformação qualitativa e autenticamente revolucionária. Fez nascer um novo mundo, o mundo da ciência e da investigação científica.

A medicina surgiu da substituição dos curandeiros e dos sacerdotes pelos médicos leigos, agentes da medicina racional, cuja atividade curativa se desprendera da magia e da superstição religiosa para se transformar em técnica; os feiticeiros que transformaram o ritual mágico-sobrenatural com propósitos curativos na *tekhnê iatrikê* (em grego) ou *ars curandi* (em latim), expressões que significam técnica ou arte de curar, de exercer o cuidado com os doentes, objetivando-lhes devolver o estado de saúde. O aparecimento dos médicos data deste momento da história da civilização. Estes médicos foram os mesmos que, depois da superação do terror da Idade Média, transformaram o conhecimento empírico-espontâneo em conhecimento científico e a técnica em tecnologia.

O médico leigo ou laico, tal como primeiramente conhecido no Ocidente (porque não era sacerdote), surgiu na Grécia clássica designado como *terapeuta*, aquele que cura os enfermos; a pessoa que sabe tratar doentes, a designação que ali era atribuída aos curandeiros que, depois, foram chamados *iátricos*, quando consultavam os enfermos, e *kliniátricos*, quando tratavam pacientes acamados.

Entretanto, o modo religioso e mágico de encarar a saúde e a enfermidade, a vida e a morte, e de enfrentar a vicissitude do existir humano não desapareceu inteiramente da cultura ocidental, mesmo nas regiões mais desenvolvidas, principalmente nas situações de desesperança e desespero. Persiste ainda abrigada nas mesmas instituições supersticiosas nas quais se originou. Frequente e inadequadamente denominada como medicina, terapêutica, terapia.

A rigor, já se viu, a medicina (uma abstração) torna-se concretizada pelo trabalho dos médicos (entes concretos em atividade real). Por isso, os médicos fazem a medicina no momento em que a tornam concreta e real com seu trabalho. Exatamente como diz o epílogo deste capítulo: o operário faz a coisa e a coisa faz o operário. Assim como a medicina faz o médico e o médico faz a medicina.

Em última análise, a medicina é simultaneamente o conhecimento derivado e consequente do trabalho dos médicos e aquele trabalho mesmo: o trabalho médico. Por isso, a medicina e os médicos configuram uma unidade que não pode ser desarticulada. A medicina vem a ser o trabalho que os médicos realizam por serem médicos, o trabalho socialmente instituído dos profissionais da medicina e que se restringe à sua especificidade funcional ou profissional como prática social e técnica responsável. Medicina como trabalho profissional dos médicos. Posto que nem todas as atividades praticadas por um médico sejam necessariamente médicas; só devem ser assim denominadas aquelas realizadas no exercício da prática profissional, tal como instituída pela sociedade.

A relação biunívoca do médico e da medicina é mencionada em outros pontos deste trabalho, mas deve-se destacar, ainda que reiterativamente, que a medicina se concretiza no trabalho dos médicos e somente assim se realiza. Não existe medicina sem médicos, nem médicos sem medicina. Em qualquer hipótese. Não é possível que alguém faça medicina sem ser médico, ainda que um médico possa desempenhar atividades não médicas. Não obstan-

te, tudo o que ele faz, é feito por um médico. O que amplia sua responsabilidade diante de sua profissão, colegas e pacientes.

Como ramo do conhecimento, a medicina é um corpo harmônico de informações, procedimentos e atitudes que sintetizam o núcleo essencial do que deve ser o trabalho de todos os médicos ou de qualquer um deles. Também se refere a um modelo geral de ação que se emprega para dirigir e conter a atividade profissional dos médicos. Aquilo que os faz ser médicos e os diferencia dos demais agentes profissionais.

Entretanto, como pessoas, os médicos são todos diferentes uns dos outros, ponto em que se destaca a influência da personalidade individual de cada um deles e de suas circunstâncias em seu trabalho profissional comum. Neste caso, destaque-se sua capacidade cognitiva, volitiva e afetiva, qualidades que fundamentam seu caráter e dirigem sua ação, especialmente sua conduta nas interações sociais. Importando afirmar a impossibilidade de separar a dimensão laboral do restante de sua existência pessoal subjetiva ou das outras modalidades de inserção no mundo e na prática social das pessoas. No ambiente psicossocial, no mundo dos valores materiais e no mundo dos valores abstratos, inclusive os morais. Porque os seres humanos existem nestes dois mundos – o da natureza e o da cultura, e cada um deles influi, mais ou menos e a cada momento, em sua conduta e consciência.

No que respeita ao exercício da medicina, no entanto, existe um código de conduta muito antigo que, em linhas gerais, modela e dirige a ação de todos os médicos como um conjunto harmônico e uniforme. A unidade na diversidade. A unidade de condutas sociais em pessoas diferentes, condutas equalizadas por normas definidoras dos comportamentos profissionais. Medidas que asseguram uma certa padronização das condutas consideradas essenciais em pessoas muito diversas, com características psicológicas bastante distintas. Neste caso, as diferenças individuais e pessoais se diluiam na padronização.

O essencial é que todo procedimento médico objetive o benefício do doente ou, no máximo, que lhe cause mal menor que a enfermidade combatida.

A medicina se faz assim, como a síntese da atividade de diferentes pessoas, atuando em todos os rincões do mundo, nas condições mais diversas, mas seguindo um projeto que prevê a atividade de todos e de cada um. Como uma orquestra bem afinada executando uma partitura longa e complicada. Cada executante com seu instrumento, seguindo o projeto coletivo comum. Quando algum músico desafina na partitura da medicina, dá lugar à ação do sistema controlador da sua profissão, o sistema conselhal médico, com suas comissões de ética e tribunais disciplinares.

Seguem-se algumas opiniões de Hipócrates sobre o médico.

**Sobre o médico**

Para Hipócrates, em *A arte médica*, obra do século III a.C., o prestígio do médico exige dele que tenha boa cor e aspecto sadio acorde com sua natureza. Pois as pessoas comuns julgam que os que carecem de boa condição física não podem tratar convenientemente aos demais.

Em segundo lugar, que apresente aspecto asseado, vista-se bem e se perfume com unguentos olorosos, cujo perfume não seja de modo algum exagerado. Isto, em verdade, agrada muito aos enfermos.

Por outra parte, deve ser discreto e atender, no aspecto moral, às seguintes atitudes: não só ser reservado, mas levar vida morigerada, pois isso contribui muito com seu prestígio. Ser, ademais, perfeito cavalheiro em seu comportamento, e, por fim, mostrar-se sério e afável com todos. Pois a pressa e a precipitação, ainda que possam resultar úteis às vezes, costumam provocar menosprezo. Deve procurar, ademais, ter liberdade de ação, pois quando as mesmas coisas são oferecidas às mesmas pessoas raramente costuma produzir-se uma reação favorável.

No que respeita ao semblante, que seu rosto mostre seriedade, mas não zanga, que poderia ser interpretada como arrogância e descortesia. Em troca, o riso demasiado fácil e a excessiva hilaridade sói ser julgado como vulgaridade. Defeitos que devem ser evitados.

Em todo relacionamento, deve mostrar-se leal, pois a lealdade pode ser grande aliada. É grande a intimidade entre o médico e o paciente; e, com efeito, este se confia cegamente nele, porquanto o médico tem constante relação com mulheres e donzelas, e com objetos de muito valor; portanto, deve comportar-se em todos estes casos com grande controle de si mesmo.

Tais devem ser, em resumo, suas qualidades físicas e morais desde os tempos hipocráticos.

Hoje, deve-se acrescentar mais algumas. Dentre estas, destacam-se o respeito, a solidariedade, a abnegação.

Respeito por si mesmo, pelos seus pacientes e pela sociedade, representada principalmente pelas famílias dos pacientes e por seus colegas. O autorrespeito, respeito por si mesmo e por seu trabalho, deve ser o primeiro momento da conduta respeitosa. Dentre os fatores da autoestima, destaca-se a veracidade. Médico não mente. A confiança é elemento extremamente importante no trabalho médico. Tanto para os pacientes como para a sociedade em geral. O mentiroso não se respeita nem respeita seus interlocutores.

Solidariedade. A solidariedade é o nome atual da compaixão, da piedade, da caridade e da misericórdia. É uma expressão da chamada filantropia médica, no sentido hipocrático desta expressão. Reflete-se na conduta de ajuda.

A modalidade mais importante da solidariedade médica é a abnegação. Tão importante que se destaca das demais. Consiste na negação de si mesmo, de seus próprios interesses em benefício dos interesses de seus pacientes; encerra a dedicação e lealdade prioritária aos pacientes.

Os médicos, em geral, funcionam como artesãos, somente alguns poucos podem ser tidos como artistas por acréscimo. Mas, artesãos responsáveis, diligentes, peritos e prudentes no que fazem e cuja *tekhnê* se mostra cada vez mais confiável e válida. O caráter necessariamente altruísta, abnegado e beneficente da atividade profissional médica deve ser considerado como o componente mais essencial dela, ao qual se subordinam todas as condutas dos médicos. Esta é a mais antiga e respeitável tradição médica. E tão importante que deve ser possível dizer que seja sua marca mais valiosa e característica de sua identidade. Mais importante e mais característica do que seus aspectos técnicos. Quanto mais os procedimentos mercantis...

> *Para os judeus da diáspora, a medicina e o magistério eram considerados como os únicos trabalhos suficientemente dignos de serem exercidos por um rabino ou um outro líder religioso praticante. Principalmente pelo caráter altruísta e beneficente daquelas profissões. Fator que há de ter contribuído para o grande número de médicos judeus e cristãos-novos.*
>
> *Maymônides foi médico e teólogo judeu no século XII de nossa era. A ele se deve a reedificação da arquitetura ética da medicina medieval, a partir do modelo clássico hipocrático, influenciado por seu monoteísmo. Ao lado de Avicena, médico árabe que restaurou o hipocratismo no plano técnico, Maymônides a restaurou no plano ético. Ambos prepararam o terreno para o aparecimento da medicina moderna.*

Tudo isso e mais é dito porque este livro foi planejado para ser assim. Para ensinar aos jovens médicos e aos aprendizes dessa profissão algumas informações que podem ser consideradas propedêuticas ao aprendizado  da medicina. Para que aprendam a manejar melhor o instrumento de trabalho que a sociedade colocou em suas mãos, a medicina.

Aqui se presume que a sociedade tem o direito de deles esperar que saibam o quê e como fazer, para o quê fazem e porque fazem. Diferentemente dos tecnólogos, profissionais técnicos, que não

precisam saber mais do que executar um procedimento técnico seguindo o manual.

> *Ademais, pretende-se recordar a mensagem dos estudantes do primeiro ano em 1993, que motivaram este trabalho, e concentrar o elenco dos objetivos do curso em que surgiu, do qual este livro é continuação. Foi minha primeira experiência, como professor, de assistir uma reivindicação de alunos por melhores condições de ensino que não objetivasse, na verdade ou na prática, mais facilidade de aprovação.*

Como se verifica nestas proposições, é impossível deslindar o conceito de médico do de medicina, bem como é impossível separá-los como fatos e fenômenos do mundo material, especificamente de seus universos humano e social. Por isso, também aqui há de se tratar dos médicos na qualidade de reais atores da medicina, um construto ideal. Atores que desempenham o papel como protagonistas da medicina, com maior ou menor influência, ou como figurantes em diferentes situações com papéis menos expressivos. Porque é preciso que se faça isto assim, aqui neste momento, e não porque esta seja considerada a melhor maneira de fazê-lo. Porque este livro foi planejado para ser assim. Para ensinar aos jovens médicos e aos aprendizes dessa profissão o que a sociedade e seus antecessores esperam e esperavam deles.

Ensinar aos jovens estudantes que os médicos são os agentes sociais incumbidos dos atos profissionais que implicam em fomento e promoção da saúde, profilaxia das enfermidades e reabilitação dos enfermos, atos que podem ser compartilhados com agentes de outras profissões, nos casos em que a lei assim o determinar. Mas também ensinar-lhes que a medicina é uma profissão especial e que devem ser dignos dela. Pois são eles que a fazem.

> *O traço característico mais essencial de uma profissão é sua institucionalização pela lei. Pois é na institucionalização legal que se formalizam as demais exigências de profissionalidade. E tal institucionalização se faz por meio de uma medida legal que deve ser iniciada com a definição jurídica do objeto da ocupação*

*profissionalizada e seu campo de intervenção e se complete na determinação do campo de atuação privativa de seus agentes, os profissionais que a realizam.*

Desde seu início, a medicina existe principalmente para diagnosticar doenças e tratar doentes. Expressões como *tratar doenças*, *curar doenças* são recursos imprecisos da linguagem comum indevidamente incorporados pelos médicos, como já aconteceu com os termos *anemia* (sem sangue) e *histeria* (perturbação uterina). Deve-se insistir que a destinação essencial da medicina é cuidar ou curar pessoas enfermas, seres humanos afetados por uma condição patológica, para livrá-las dessa condição ou minorar seu sofrimento ou mal-estar.

Originariamente, a terapêutica é o fim último e a principal justificativa para existirem os médicos e a medicina. Tudo o mais é secundário, preliminar, decorrente ou posterior. O diagnóstico médico é precondição necessária da terapêutica e a terapêutica, o elemento essencial da medicina. Tão essencial que, hoje, a indústria farmacêutica compete com os professores para ensiná-la.

O problema do desconhecimento popular da identidade de algumas profissões influi nas práticas de saúde, principalmente nas profissões novas ou neoprofissões, sendo comum que as pessoas desconheçam seu campo de atividade. Este fato permite explicar – e realmente explica – muitos comportamentos de agentes seus. As pessoas, em geral, sequer sabem o que significa o nome de algumas dessas neoprofissões. O que parece natural quando se sabe que a maioria delas tem existência relativamente recente e se expressa por palavras pouco vulgares.

Em algumas dessas profissões, sua história confunde-se com as biografias das pessoas que a praticaram. Mas é também fato que muitos as confundem com sua profissão ou com algum ramo dela. Seja uma profissão, uma ocupação que aspira o *status* de profissão, uma semiprofissão ou uma neoprofissão. Isso cria um clima de confusão conceitual na mente do povo. Muitos julgam

que uma semiprofissão ou uma neoprofissão relacionada com a saúde trata-se de algum tipo de especialidade médica nova ou pouco conhecida (cujos nomes e funções sociais e técnicas muitas pessoas também desconhecem e, por isso, as confundem com facilidade). Principalmente se seu nome for semelhante ao de outra, mais conhecida. A maioria das profissões de saúde foi instituída no Brasil há mais ou menos meio século. Muitas delas originadas em ocupações de auxiliares de médicos. Mas o trabalho de todas foi iniciado ao lado do trabalho médico.

É comum que a maior parte da população desconheça algumas atividades profissionais novas. Em geral, ninguém desconhece o que significa medicina, odontologia, farmácia e enfermagem, pois estas são profissões sanitárias antigas e seu significado está mais arraigado na consciência social, mesmo nas pessoas menos instruídas. No entanto, no que se refere a outras profissões ou a algumas especialidades médicas, o reconhecimento de seu nome e de sua identidade pode não ser tão amplo como deveria.

Este trabalho pretende ser um breve ensaio sobre o que é, como deve ser e como deve funcionar a medicina em função de seu projeto original e, no momento presente, de seu desenvolvimento histórico-social. E, depois, em outro texto, do que é e de como deve ser tratado seu objeto. Tudo isto, em termos ideais. E por que não? Toda construção humana necessita de um modelo idealizado que sirva para nortear a conduta de seus agentes e possibilitar sua avaliação. Não existisse este modelo normatizado, técnica e eticamente, sua prática não poderia ser avaliada.

As atividades laboriosas, como a medicina, não são entes naturais, desenvolvimentos da natureza que seguem as leis naturais, como um animal ou um vegetal. Trata-se de um construto, uma figura idealizada, uma construção mental humana, uma edificação conceitual abstrata intencionalmente elaborada que obedece a seus motivos e propósitos, ainda que não siga um projeto mais ou menos claro para todos em cada momento de sua existência. Deste projeto e de sua atualização é o que se trata neste trabalho. O projeto da atividade médica, do exercício da clínica.

É impossível estudar os médicos e a medicina sem cuidar do método clínico. Aqui se pretende elaborar um ensaio que toma o método clínico como modelo para diagnosticar e tratar, como diretriz metodológica para conhecer. Como modelo da medicina, porque esta e a clínica se confundem.

O método clínico ou modelo médico de conhecer e intervir na realidade permite saber como a medicina deve funcionar. Estudar para examinar, examinar para diagnosticar, diagnosticar para tratar.

Muitos indevidamente confundem a medicina com uma técnica ou tecnologia de curar doentes. A aplicação sistemática do conhecimento científico no cumprimento da primeira missão institucional da medicina, o diagnóstico de enfermidades e o tratamento de enfermos; e, secundariamente, evitar enfermidades e reabilitar as pessoas por elas agravadas.

O conhecimento do objeto de intervenção técnica deve anteceder o dos instrumentos teóricos e práticos empregados para sobre ele intervir. Saber o que é um objeto precede o saber o que e como se deve fazer com aquilo. Por isso, a primeira tarefa de quem pretende estudar alguma coisa, simples ou complexa, é ter bem claros os seus objetivos e limites do objeto de sua cogitação, e só depois buscar explicá-lo, realizar qualquer outra tarefa cognitiva sobre ele ou empregá-lo para justificar uma intervenção técnica. Ademais, é preciso definir um instrumento (e conhecer suas possibilidades e limites) antes de fazer uso dele em um procedimento técnico ou tecnológico. O objeto da medicina se apresenta inicialmente sob este duplo aspecto: a enfermidade e o enfermo.

O enfermo é o ente material do processo. A enfermidade é um estado do enfermo para ser conhecido e diagnosticado pelo médico; e o enfermo, é uma pessoa com uma afecção patológica a ser tratada e reabilitada. Duas faces da mesma coisa, porque nenhuma delas pode existir sem a outra. Enfermidade e enfermo são duas faces de uma mesma entidade real (o enfermo) ou conceitual (a enfermidade).

O processo de conhecer algo pode ser concebido como ascendente espiral de acúmulo de informações sobre aquele objeto. Inicialmente, informações descritivas e, depois, explicativas. Processo cognitivo que termina e recomeça na permanente redefinição de seu objeto à medida que seu conhecimento se aperfeiçoa. Definição e redefinição que elaboram e aperfeiçoam informações que promovem mudanças quantitativas e transformações qualitativas no conhecimento que proporcionam. Redefinição cada vez mais aperfeiçoada a cada volta de seu traçado espiralado em busca do conhecimento completo (ainda que isso seja utópico). Uma das utopias benéficas, porque impulsiona permanentemente quem a persegue.

Importante questão preliminar consiste em estabelecer a "*propriedade*" da medicina. Não como prerrogativa profissional ou a quem ela pertence, pois embora a profissão médica seja praticada, desenvolvida, organizada e controlada pelos médicos, além de instituída e fiscalizada pelo Estado, ela não pertence nem a este nem àquele, mas sim à sociedade como um todo. Como acontece com os profissionais de todas as profissões. Nem os conhecimentos científicos profissionalmente praticados podem ser propriedade de qualquer pessoa ou entidade social. Todo conhecimento científico é (ou deve ser) propriedade pública.

Contudo, a questão social aqui não se situa no campo do saber, é o fazer que interessa e o fazer no mercado de trabalho, o fazer legalmente habilitado. Entretanto, como ocorre com todas as profissões, a medicina só  pode ser legalmente exercitada por pessoas com capacitação acadêmica e habilitação legal.

Médico e medicina formam uma díade conceitual inseparável. O médico é um ente material que desempenha a atividade legalmente instituída de diagnosticar e prevenir enfermidades e tratar e reabilitar enfermos. A medicina, portanto, é um conceito abstrato que se materializa na atividade, no trabalho dos médicos e na atividade das organizações médicas. Relação análoga a que se dá entre o enfermo (ente material) e a enfermidade, abstração que indica um estado desse ente material.

Os médicos e seu trabalho configuram duas realidades, uma concreta e outra, abstrata. Expressões como: a medicina julga assim, a medicina defende isso, a medicina descobriu tal coisa ou a medicina age de tal maneira são figuras de linguagem, porque a medicina é uma realidade abstrata: não pensa, não sente, não julga e não fala. Em todos esses casos, deve-se pensar nos médicos como agentes das ações mencionadas. E nem sempre todos. Às vezes, apenas uma minoria, ainda que dotada de mais expressão, que por isto se faz mais notada. Aliás, praticamente a única qualidade que todos os médicos compartilham é, exatamente, serem médicos, exercerem a medicina.

Por mais evidentes que estas proposições possam parecer à primeira vista, nos tempos atuais parece importante iniciar este trabalho com elas, porque se multiplicam as tentativas práticas de instituir algumas atividades médicas sem qualquer participação de médicos. Inclusive, algumas destas práticas até são chamadas *medicinas* por quem as pratica. Com algum adjetivo, talvez para disfarçar ou temperar o significado do substantivo usado inadequadamente. Fazem-no sem qualquer argumento consistente que justifique tal apropriação, a não ser o desejo de quem o faz. E tome adjetivos: xamânica, tradicional chinesa, alternativa etc., como se todas e cada uma fosse um tipo de medicina, uma variação do trabalho dos médicos. Neste caso, a falácia se revela na ausência do médico que exerceria essa medicina.

## O que é um médico?

Esta é uma das razões pelas quais quem pretenda realizar um abrangente estudo da medicina como entidade social deve fazê-lo preceder de uma concepção de médico e responder à pergunta: o que é um médico? Este capítulo pretende responder a questão, ainda que de modo um tanto ampliado. Ao longo deste trabalho, a resposta a esta pergunta há de ser enfocada em diversas outras oportunidades, de maneira direta ou indireta, explícita ou implícita. O voluntarismo é a ideologia que pretende supor a vontade como onipotente, querer é poder, diz sua divisa preferida, mas, na verdade, não é.

Como a medicina é o trabalho dos médicos e só se concretiza nessa situação, não havendo médico alternativo, a medicina alternativa não existe, é farsa ou fraude. Ainda que possa existir tratamento alternativo ao tratamento médico, isto é, pode existir alternativa ao tratamento médico, mas não há alternativa à medicina atual. Da mesma maneira que não pode haver alternativa à tecnologia contemporânea.

> *Apesar de haver quem insista na ideia de uma medicina alternativa, não se fala em médicos alternativos, apesar de a medicina ser o resultado do trabalho dos médicos e não existir sem eles. Agentes dessa prática costumam se autodenominar "terapeutas", refugiando-se na antiga designação que os gregos deram aos médicos.*

Com as demais profissões não acontece isso. Sequer assemelhadamente. Ninguém chama a atividade de um mestre de obras de engenharia alternativa, nem o exercício ilegal da advocacia de advocacia complementar; nem denomina à construção de mocambos, de arquitetura paralela ou diz que faz engenharia popular quando inventa e constrói bugigangas. Aparentemente, só com a medicina acontece coisa assim. E, ao menos no Brasil, com bastante apoio oficial, diga-se a bem da verdade. Esta é uma das razões pelas quais quem pretenda realizar um estudo abrangente da medicina como entidade social deve fazer o que aqui se faz. Iniciar o estudo a partir da identificação de seu objeto e de sua origem histórica.

Neste momento, parece importante precisar o sentido aqui empregado à palavra medicina. O exercício desta tarefa exige que se elabore uma concepção de médico bastante satisfatória para auxiliar a resposta à questão: o que é um médico? É o agente da medicina pode ser considerado satisfatória. Mas é bastante possível especificar melhor essa resposta, acrescentando alguma coisa de como é (ou deve ser) o médico.

> *Este capítulo está destinado a responder a esta questão, ainda que tal resposta não se limite a essa fórmula sintética e aponte para o modelo de médico tal como traçado há vinte e cinco séculos.*

*Ao longo deste trabalho a resposta a esta pergunta há de ser enfocada mais detalhadamente, de maneira direta ou indireta, explícita ou implícita.*

A medicina é uma abstração, mas não uma irrealidade, vez que se concretiza na atividade profissional dos médicos. Como tantas outras realidades abstratas, a medicina é real, apesar de abstrata. Exatamente como sucede com outras abstrações reais, dentre as quais se pode mencionar a coragem, a honestidade, o valor. Inclusive os valores numéricos contidos na significação dos números naturais. O que derruba a principal objeção dos positivistas ao caráter real de tais abstrações, que são contestadas pelos empiristas unicamente porque não derivam diretamente das sensações.

As abstrações se realizam na conduta, nos estados, nas propriedades ou nas qualidades de seres materiais, como as pessoas – e são tão reais como essas. A saúde e as enfermidades são estados de seres vivos, inclusive as pessoas. A honra e a desonra, a beleza e a feiura são qualidades das pessoas.

*A desumanização da sociedade, exemplificada no abandono a que se lega a infância e a adolescência, tende a gerar uma medicina semelhante e é preciso resistir a este descaminho.*

*O poder ideológico da sociedade é representado pelos legisladores, pela imprensa e outros meios formadores da opinião pública. Mas sobre este poder reina imperiosamente o poder econômico. E, com relação à medicina e aos médicos de hoje, reina o poder econômico da indústria farmacêutica e de outros insumos importantes para quem pratica a medicina.*

*Qual será a influência, impacto como dizem os mal falantes da língua portuguesa, nas publicações científicas e nos professores dos futuros médicos?*

A desumanização da atividade médica assume três formas principais:

1) o mercantilismo (o médico é entendido e se comporta apenas como produtor de serviços);

2) o tecnicismo (o médico é entendido e se comporta como um técnico, uma espécie de mecânico de pessoas com defeito); e

3) o burocratismo (o médico burocratista vive como um funcionário que só deve cumprir as regras e as ordens que recebe de seus superiores, sem qualquer cogitação com as necessidades dos pacientes, a quem trata de modo extremamente impessoal e automático, como quem vende bilhetes no guichê do cinema).

O conhecimento elaborado cientificamente sobre a saúde e a enfermidade é o que justifica a intervenção que se pratica sobre os enfermos para tentar lhes restaurar a saúde. Nesse sentido, é possível pretender que a medicina nasceu como técnica e ora se transforma em tecnologia (prática fundamentada e controlada cientificamente). Mas sem perder a ternura, jamais, como dizia o dr. Ernesto Guevara. E o humanitarismo. Esta duplicidade acompanha o conceito de medicina em todos os lugares e momentos de sua história. Ciência e arte, conhecimento e ação, saber e fazer são algumas das muitas expressões desta dicotomia. No entanto, esta duplicidade não deveria levar confusão a quem a estuda objetiva e historicamente, como acontece algumas vezes.

As ciências médicas, como sua designação genérica, são modalidades de conhecimento científico, formas particulares de se manifestar o pensamento inteligente.

Na outra face da moeda está a profissão médica: técnica e ética, arte e ação econômica; modalidade particular do fazer humano em benefício de outrem. Se todos estes elementos forem reunidos e sintetizados, encontrar-se-á a práxis médica, a medicina na qual não há qualquer antagonismo entre tais componentes de sua unidade, porque nela se manifesta o princípio sistêmico da unidade na diversidade.

A intervenção médica pode ocorrer diretamente sobre o organismo todo de uma pessoa ou de uma parte dela (que inclui seu psiquismo). Para isso, o médico se vale de todos os recursos ao

seu alcance para beneficiar seu paciente. A intervenção médica sobre a pessoa pode ser direta ou indireta (realizada mediante ações sobre o meio físico ou social, para atingir secundariamente o paciente). Frequentemente, a intervenção médica deliberadamente provoca dano ao paciente; dano cujo propósito é substituir o mal original por um mal menor ou usar o dano iatrogênico como remédio para a enfermidade que se pretende remover ou inativar – como nas cirurgias e na administração de remédios com efeitos indesejados danosos. Uma aplicação do princípio do mal menor, pode-se dizer. Uma das facetas do trabalho médico é avaliar, em cada caso, se o remédio pode ser mais danoso que a enfermidade. Situação determinante da exclusão do remédio de seu arsenal.

> *Toda cirurgia consiste em mutilação do corpo controlada intencionalmente para resultar melhor (ou menos mau) que a enfermidade e todo medicamento pode ser um veneno. Não há um deles que não tenha possibilidade de, em certas circunstâncias, danificar o organismo. Por isso, há quem defina mais ou menos jocosamente a medicina como ciência e arte do mal menor.*

A intervenção médica, pelo menos a que se refere à prática clínica, tem como objetivo ajudar um ser humano enfermo que necessita ser auxiliado por padecer uma enfermidade ou estar ameaçado de enfermar. Mas também, como atividade não clínica, pode ser exercida sobre uma pessoa sadia para fazer perícia, exame periódico, procedimento profilático ou outro. Ou para servir de meio para alguma providência profilática, como uma vacina ou outro meio de promoção de bem-estar ou de fomento da saúde, nas atividades de prevenção primária. Na prevenção terciária, atua nos serviços de reabilitação.

As intervenções clínicas de natureza terapêutica podem ser clínico-farmacológicas, clínico-cirúrgicas ou outras atividades merecedoras da designação *clínica* (que podem envolver tecnologias, físicas, químicas, biológicas ou psicossociais). É claro que nem todos os médicos dominarão todos estes recursos tecnológicos, mas qualquer profissional da medicina só deverá empregar os que lhe são familiares, e sempre no melhor interesse de seu paciente.

Não se pode aceitar que a intervenção clínica terapêutica seja reduzida à farmacoterapia ou à administração e/ou prescrição de outra terapêutica biológica. A atuação psicológica do médico sempre foi da maior importância e isso não pode nem deve ser ignorado. É bastante comum que o médico também deva recorrer a meios físicos, biológicos ou psicossociais para tratar seus pacientes. E deve fazê-lo sempre que o paciente necessite e ele esteja capacitado para aquele tipo de intervenção.

Nenhum recurso terapêutico ou diagnóstico necessitado pelos enfermos deve ser negado ao médico que, devidamente capacitado e habilitado, necessite dele em favor dos seus pacientes. Pode ser necessário lembrar que os meios psicossociais não se restringem a pacientes com enfermidades psiquiátricas nem seu uso se restringe a psiquiatras.

Toda intervenção médica deve conter uma dimensão ou intenção psicoterápica, como se acredita hoje. Como regra geral, o paciente não procura o clínico para um exame, procura-o para ser tratado. Entre nós, busca uma meizinha. Na interação com os pacientes, todo médico deve exercer ao menos uma atitude psicoterapêutica, por mais que seus pacientes apresentem enfermidades somáticas.

O ideal é que todos os médicos recebam algum treinamento em psicoterapia de apoio e de relaxação, ao menos. Pois, deliberadamente ou não, todos praticam alguma forma de psicoterapia em seus pacientes (por mais "orgânicas" sejam suas enfermidades).

> *Aula de despedida de Bernardo Houssay, médico e professor de Fisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, na Argentina*

Diz a antiga definição que a medicina tem por objeto: manter a saúde, prevenir e curar as enfermidades. Porém, hoje se prefere fundá-la na saúde e se diz que sua finalidade é promover a saúde, preservá-la ou recuperá-la.

O homem primitivo considerava a enfermidade resultado do capricho dos deuses ou dos espíritos. A medicina hipocrática mostrou que podiam reconhecer e tratar as enfermidades a partir da observação e da experimentação. A medicina moderna emprega os mesmos métodos, mas lhes acrescenta os conhecimentos científicos e experimentais sobre os fatores que condicionam a saúde, produzem as enfermidades e possibilitam tratá-las. O progresso se fez incessante e rápido desde que a medicina tornou-se científica e experimental.

Os avanços da Fisiologia, da Higiene e da Medicina Preventiva revolucionaram a vida humana. As consequências de Pasteur foram mais profundas que as de Alexandre ou de Napoleão. Ao examinar um enfermo aplicam-se as ciências básicas: ao tomar o pulso, medir a pressão, a temperatura, os reflexos, os fenômenos elétricos do coração e do encéfalo, as pressões intracardíacas, ao analisar o sangue ou a urina, biópsias ou exames citológicos.

A medicina está em perpétua evolução, graças à contribuição das ciências puras. Pasteur, químico, fundou a Bacteriologia e tornou possível um notável progresso na Cirurgia e na Higiene. Fleming, bacteriólogo, e Florey, fisiólogo, descobriram os antibióticos. O físico Röentgen descobriu os raios X e os físicos Pierre e Marie Curie descobriram o rádio. Bioquímicos e fisiologistas descobriram as vitaminas, hormônios, o princípio antianêmico.

Hoje, os que se salientam na profissão médica são os cientistas que adquiriram sólida preparação básica unida a cuidadoso preparo clínico. A observação continuada e repetida em hospitais, consultórios ou nas casas dos enfermos é a base ineludível do ensino da medicina prática.

Nunca se deve esquecer que o homem é uma unidade, na qual distinguimos a estrutura, as funções e o psiquismo. Uma unidade funcional regulada em equilíbrio dinâmico no qual uma modificação das partes repercute sobre o todo. O homem é uma soma de valores fisiológicos como a saúde, materiais como o bem-estar ou riqueza, intelectuais, estéticos, fisiológicos e religiosos. A saú-

de física, mental e moral resulta da síntese de todos estes fatores físicos, mentais e sociais.

A Patologia estuda as enfermidades, mas o clínico atende cada vez a um paciente que é diferente de qualquer outro. Por isso, importa acostumar-se a praticar a medicina individual (da pessoa, como diz Florencio Escardó).

A medicina psicossomática significa que depois de exame físico minucioso, completo e competente, serão averiguados os fatores psíquicos que contribuíram para emergir, desenvolver ou modificar a enfermidade. Outrossim, reciprocamente, toda enfermidade orgânica tem quase sempre repercussão psíquica ou na conduta.

A medicina é uma profissão a serviço da sociedade, como o sacerdócio. É uma arte baseada em conhecimentos científicos. Para dedicar-se à medicina há que ter aptidões. Antes de tudo, vocação, ou seja, altruísmo, piedade e desejo de fazer o bem aos semelhantes. Segue-se espírito de abnegação e sacrifício, como uma missão ou apostolado, pois o médico não tem repouso de dia ou de noite e deve atender enfermos ainda que sejam perigosos ou importunos.

A medicina não costuma proporcionar riqueza e muitos a exercem sem sair da pobreza; raros enriquecem com seu exercício. Quem deseja ganhar dinheiro deve escolher outras atividades produtivas, como a agropecuária, a indústria, o comércio.

Entretanto, a medicina proporciona grandes satisfações:

1) intelectuais, porque alarga o espírito;

2) morais, porque permite fazer o bem;

3) idealistas, porque tem por base o amor ao próximo, à verdade e às ideias e coisas elevadas.

Nosso mestre Güemes proferiu acertada definição da medicina:

"É uma ciência difícil, uma arte delicada, um humilde ofício e uma nobre missão".

É uma formosa profissão e a estudo com igual fervor e fidelidade que no princípio de minha carreira. Fosse jovem como vocês, creio que seria de novo médico ou fisiologista. Jovens alunos: em vocês está o futuro de nossa nação. Quando fui destituído em 1943, centenas de alunos comovidos me pediram que lhes deixasse algum conselho. Naquele momento, contei-lhes algumas coisas que orientaram minha vida: amor a minha pátria, amor à liberdade, dignidade pessoal, cumprimento do dever, devoção à ciência, dedicação ao trabalho, respeito à justiça e aos meus semelhantes, afeto aos meus (parentes, discípulos e amigos).

Tenham ideais elevados e pensem em alcançar grandes coisas, porque se a vida rebaixa sempre e não se logra senão uma parte do que se deseja, sonhando muito alto alcançarão muito mais. Não esqueçam que todas as grandes conquistas do presente são apenas sonhos juvenis realizados.

Neste discurso de Houssay destaca-se claramente o caráter de missão ou de vocação humanista e humanitária da medicina. Caráter que, nos tempos utilitaristas e carregados de cinismo que a cultura ocidental experimenta, pode parecer hilário, ridículo mesmo, mas não é.

O traço de personalidade chamado vocação sempre foi, é e deve prosseguir sendo característica essencial da medicina e da atividade médica. Vocação como tendência natural a ajuda que precisa de ajuda. Vocação para sacrificar os próprios interesses em favor do doente que dele precisa. Vocação para gostar de gente.

O sentimento de missão vocacionada é o traço mais importante para diferenciar a prática médica dos trabalhos técnicos e tecnológicos. Sentimento de missão que faz com que o médico coloque os propósitos de sua missão acima de todos os demais interesses.

*Bernardo Houssay, o autor da aula mencionada acima, representa a figura de cientista brilhante, de médico vocacionado e cidadão patriota que o autor deste trabalho aprendeu a admirar por*

*meio da opinião da professora Naíde Teodósio, do Instituto de Nutrição da Universidade do Recife (hoje, Universidade Federal de Pernambuco).*

*A professora Naíde Teodósio foi modelo de cidadã, modelo de mestra de medicina, modelo de mulher e de cientista, modelo de adepta do humanitarismo e modelo de ação política socialista, a quem o autor, como muitíssimos outros, deve muito do que faz e do que é (mas também do que não faz e do que não é).*

*Naíde Teodósio, no Brasil (mais precisamente, em Pernambuco), e Bernardo Housay, em Buenos Aires, Argentina, tiveram mais em comum que seu grande talento como médicos e como* fisiologistas. *Ambos foram vítimas da brutalidade ditatorial instalada na América Latina nos anos sessenta, como parte da Guerra Fria a serviço da política norte-americana que por essa época dividiu o mundo ao sabor do interesse de duas potências imperialistas que exploravam os povos em sua área de influência. Outra coisa os liga. Houssay examinou o concurso em que Naíde foi aprovada com distinção e louvor.*

Ao menos em tese, as instituições sociais se confundem com seus modelos idealizados em função da consciência social mais ou menos arraigada que exista das missões sociais a serem cumpridas. Modelos originados e desenvolvidos a partir da correlação entre as necessidades e as possibilidades da sociedade que as gerou e nas quais se desenvolvem.

As instituições não se corrompem como os homens (muitos médicos, inclusive), nem se deterioram como outras agências sociais, ainda que sua ação possa ser desviada ou corrompida por obra das pessoas que as dirigem ou nelas trabalham; pois as instituições são entes abstratos que se perenizam em seus ideais e nos modelos de conduta para os quais foram projetadas e que determinam a ação daqueles que as praticam, mesmo que muitos as atraiçoem. Porque as instituições se confundem com seus ideais e se renovam sem traumas sempre que isto se faz necessário e possível; quem se traumatiza nas mudanças são as pessoas despreparadas para elas. E se descaracterizam com as pessoas vitima-

das por desvios na sua missão institucional – os infratores institucionais. Mas, quando ocorre uma diferença significativa entre sua imagem real e seu projeto institucional assimilado pela cultura, esses infratores tendem a ser superados, modificados, punidos ou substituídos.

O desvio profissional de um médico é uma conduta desviada do projeto institucional de sua profissão. O interesse pessoal, ambiental ou social define o caráter positivo ou negativo de qualquer atividade humana. Em princípio, o caráter social positivo de uma corporação é dado pela identidade de seus objetivos humanitários, corporativos, políticos e técnicos, com a necessidade que a sociedade tem dela e do trabalho de seus agentes. Por isto, não se pode nem se deve tentar separar os objetivos corporativos dos propósitos técnicos e éticos da medicina, devendo-se harmonizá-los o quanto possível com os interesses da sociedade. Quando isto for impossível e houver a necessidade de uma hierarquização de objetos, objetivos e atividades profissionais, como regra geral deve imperar o interesse e o benefício do paciente.

Além disso, na hierarquia dos valores cultivados e praticados pelos médicos, os valores técnicos sociais devem ser situados acima dos corporativos e os valores éticos, acima dos técnicos. Principalmente por causa de seu caráter social e porque esta é a maneira socialmente mais útil para resolver os conflitos morais da prática corporativa. No tocante aos interesses, dentro de limites razoáveis mas exigentes, os interesses dos pacientes devem ser colocados acima dos de seus médicos, devendo vigorar os princípios da abnegação médica e da lealdade prioritária ao paciente.

O que se denomina abnegação médica (negar seus próprios interesses em função dos interesses do paciente) vem a ser um aspecto particular do princípio da lealdade (fidelidade ou dedicação) prioritária ao paciente. Ambos constituem deveres indeclináveis de cada médico ante qualquer paciente seu. Principalmente os particularmente mais vulneráveis e, por isto, mais necessitados de cuidado e

proteção. Ante um paciente a ele confiado, o médico deve indagar: qual a necessidade desta pessoa, o que posso fazer por ela?

No entanto, a medicina não é só atividade científica, uma ciência aplicada ou aplicável, nem apenas uma modalidade de atividade social laborativa. Vale-se do conhecimento científico para intervir positivamente no mundo. Sequer pode ser uma aplicação sempre científica ou, mesmo, um saber técnico altamente especializado, uma tecnologia em toda a extensão de sua atividade. Mas não é um saber. Muito saber científico está contido nela e a move, quando pode, quando isso é possível. Insista-se que a medicina é uma corporação, como qualquer outra profissão, sem que se possa excetuar nenhuma. Portanto, todas devem ser corporativas e estão vulneráveis ao corporativismo. Todas! Qualquer agente profissional que negue o corporativismo de sua profissão falseia a verdade, está enganado ou mente.

> *Em todas as profissões pode aparecer o desvio antissocial do corporativismo. E aparece principalmente nas neoprofissões. Para encontrá-lo, basta procurar com o mínimo desejo de achar, principalmente em quem se desdobra em denunciar a corporatividade alheia como corporativismo.*

## A sociedade, seus médicos e sua medicina

A interação entre os indivíduos e suas coletividades tem caráter intercomplementar. Pois indivíduos e coletividades conformam mutuamente suas identidades e dirigem suas atividades de maneira extremamente complexa, mas possível de ser entendida e explicada caso sejam separadas em um processo analítico. Essa interação é tão arraigada e tão inseparável que parece impossível dizer se a personalidade é uma instância individual modelada socialmente ou se a personalidade humana é uma instância coletiva individualmente delimitada. Provavelmente, porque as duas afirmativas podem ser verdadeiras, apesar de sua aparente oposição. Este é o ponto teórico a partir do qual este texto foi elaborado. Adiante, ver-se-á que a a economia e seus valores culturais tendem a modelar os valores sociais.

Hoje, os recursos econômicos atuam sem controle, como se fossem sagrados e não servissem apenas aos interesses das pessoas e grupos que os controlam; como se nada devessem à sociedade. Atividade que gera instituições sociais à sua imagem e semelhança e as coloca a serviço de seus objetivos. O tempo presente está marcado pelo economicismo capitalista. As instituições sociais são tão desumanizadas, corruptas e antissociais quanto a cultura material que lhes serve de berço. Inclusive a instituição médica. Nas instituições, seu modelo ideal serve para estabelecer a qualidade de sua ação. Isto é, cada cultura gera suas instituições à sua imagem e semelhança. O Estado é a instituição que, no plano jurídico, modela todas as outras em seu interior. A cultura é o modelo cultural de todas as agências sociais nacionais, mesmo de sua medicina.

Tal premissa se aplica, inclusive, às instituições médicas, por mais que esta influência seja contraditória com seu modelo original e com toda a tradição médica. O exercício da medicina é palco de conflito entre os valores comunitários/humanitários da medicina com os desta sociedade. Conflito ideológico, político e social no qual os médicos devem firmar posição e, se depender de sua tradição humanista e humanitária, tomar o partido da humanidade, especialmente de seus pacientes e das pessoas mais vulneráveis.

A sociedade desumanizada, superficial, individualista, hedonista, imediatista e corrompida forjada pelos donos do capital (e seus instrumentos políticos e culturais) gera instituições semelhantes a ela. Isto ocorre com as instituições religiosas, científicas, culturais e sanitárias. Não escapa uma. Estas tendências também corrompem as instituições médicas e a deformam, desviando-a de seu modelo, o que aumenta a necessidade de haver resistência a isso. A relação biunívoca entre os indivíduos humanos e as sociedades nas quais existem gera interação curiosa e multifacetada, com pontos obscuros que fomentam polêmicas de todos os graus. Aqui se trata das vicissitudes vivenciadas (e não meramente experimentadas) pelos médicos e suas entidades como entes individuais e coletivos da sociedade brasileira.

A necessidade de divulgar como deve ser a medicina e como devem se conduzir os médicos neste momento em que vive o mundo e, especialmente, o Brasil se impõe pela lise dos valores sociais que acomete a sociedade capitalista, cada vez mais consumista, individualista, imediatista, hedonista e irracionalista, e pela forma alienadora como que esta tendência se reflete na medicina. Como é de sua natureza, o modelo social global influi em todas as instituições existentes em seu interior.

Neste momento, a medicina cabocla está submetida à influência ideológica de um império que impõe seus modelos culturais e valores, do qual a periferia existe como caricatura, mais preocupada com o que há de pior no modelo imitado. Imposição que se mostra quase caricata por causa da disparidade de meios materiais e culturais à disposição dos cidadãos destes dois mundos. O pragmatismo positivista e o mercantilismo são as duas influências que sufocam os espíritos de pessoas que não conseguem superar o colonialismo cultural e não podem sobreviver sem apoio nos modelos da matriz.

Aqui se trata dos três amores hipocráticos: da medicina-filantropia (amor à humanidade), da medicina-filotecnia (amor pela profissão) e da medicina-filosofia (amor ao conhecimento). Desde Hipócrates, estes são os amores essenciais dos médicos. Ou os que devem ser. A tal ponto são importantes para o médico que quem não tiver a possibilidade de vivenciá-los não deve exercer a medicina (não se completam). Fará melhor em outro caminho. Há de ser mais feliz. Portanto, já se vê que tais diretrizes terão dificuldade de medrar no modelo vigente de cultura.

> *São dados alguns exemplos de comportamentos aqui descritos. Entretanto, a menos que expressamente declarado, todos são situações e personagens inventados para ilustrar a narrativa. Ainda que o inventar tenha buscado a máxima semelhança com fatos vividos. Esta é uma das lições que o autor tem a esperança de que os leitores retirem deste livro.*
>
> *A relação biunívoca que se estabelece entre os indivíduos e grupos sociais humanos com as sociedades nas quais eles existem gera*

*interação curiosa e multifacetada, com muitos pontos obscuros que fomentam numerosas polêmicas de todos os graus. Mas que fazem gerar nas consciências individuais e coletivas identidades individuais e sociais capazes de influir nas pessoas isoladamente, ou nelas como componentes de sistemas sociais.*

*Vivência é uma experiência carregada de afetividade. Este termo não deve ser empregado por agentes profissionais do mundo psi como sinônimo de experiência, porque quem fala mal pensa pior.*

Aqui se trata das vicissitudes vivenciadas (e não meramente experimentadas) pelos médicos e suas entidades como entes individuais e coletivos da sociedade brasileira. As instituições médicas (e todas as demais, inclusive as religiosas) são erigidas como resultado dessa interação e respondem às necessidades e possibilidades das sociedades. Necessidades que incluem principalmente seus interesses e possibilidades que empregam os artefatos culturais, materiais e intangíveis de que dispõem.

Este livro foi escrito a partir da convicção que essa interação é dialética e nela indivíduos e coletividades formam suas identidades e suas atividades de maneira extremamente complexa, mas possível de ser entendida.

A sociedade pós-moderna mostra-se desumanizada, individualista, hedonista, imediatista e corrompida pela ação das ideologias fomentadas pelos interesses dos donos do capital (e seus instrumentos sociopolíticos na sociedade). Pessoas que atuam sem qualquer controle e geram instituições sociais à sua imagem e semelhança, à medida que as colocam a serviço de sua cobiça mesmo que sua atividade seja desumana e antissocial. Instituições tão desumanizadas e antissociais quanto os que as geraram. Influência que se aplica, inclusive, às instituições médicas. Por mais que esta influência contradiga toda tradição médica, humanitária por natureza e solidária por destino. A cultura atual é antimédica, não por ser claramente contra os médicos ou seu trabalho, mas por estar assentada em valores contrários aos da medicina desde sua origem. A cultura humanitária e de solidariedade beneficente

da medicina se vê ameaçada pelos modelos individualistas, competitivos, excludentes e desumanos da conduta social. Por isso, o exercício da medicina tem sido palco de conflito, de um lado, entre seus valores comunitários e humanitários originados na cooperação e voltados para a solidariedade; e de outro, os valores excludentes, egoístas, consumistas e imediatistas, além de essencialmente desumanos e cultivados pela sociedade atual.

Os médicos não conseguem libertar-se de sua influência e muitos se deixam dominar por ela. Este texto foi escrito com a esperança de que possa influir, ao menos minimamente, nesse conflito.

## Da técnica à tecnologia

A *técnica* (aplicação utilitária do conhecimento meditado e experimentado) e a *tecnologia* (aqui chamada aplicação útil do conhecimento científico) são instrumentos usados para realizar alguma tarefa humana, e recursos de hominização. Tanto a técnica quanto a tecnologia são recursos instrumentais, apenas instrumentais. O resultado da atividade dos instrumentos técnicos ou tecnológicos depende da intenção do sujeito que os opere. Seu caráter instrumental de gerador de conhecimento científico, do qual seu agente faz uso, a torna objeto moralmente passivo e operativamente inerte, utilizada por quem a maneja para atingir seus propósitos. Ainda que sirva como desculpa para encobrir os verdadeiros motores de suas más condutas originadas na alienação e exploração que ocasionam a desumanização. A verdade, com o sentido de conhecimento que retrata, reflete ou representa a realidade, é sempre progressista e revolucionária.

Não obstante, também há quem denomine tecnologia ao arsenal material e técnico, o modo de operar qualquer conhecimento. A técnica como "modo de fazer" alguma coisa útil, de utilizar os recursos disponíveis para satisfazer as necessidades humanas, individuais ou sociais. Destarte, pode-se imaginar a existência de uma tecnologia material (concreta) e outra, imaterial (abstrata), na

dependência dos recursos que empregue. A primeira, emprega instrumentos, aparelhos e outros recursos materiais, enquanto a tecnologia não material se vale de recursos abstratos. O raciocínio diagnóstico e as psicoterapias são exemplos cabais da tecnologia imaterial (com este sentido particular).

Este livro também pode ser reconhecido como partícula da resistência dos profissionais da medicina médica de qualquer especialidade (desculpe o leitor, mas esta redundância parece necessária, ainda que deselegante) às atividades tecnicistas, comerciais e burocrático-políticas que se pretendem médicas só porque praticadas em hospitais, clínicas ou unidades sanitárias, executadas por pessoas formadas em medicina e registradas em um conselho regional de medicina. O autor pretende fazer sua parte na resistência da medicina hipocrática, essencialmente solidária, humana, humanista e humanitária, frente às numerosas tentativas de sua desumanização individualista – quer seja o individualismo tecnicista, mercantilista ou burocratista.

O individualismo é a atitude desumanizadora que costuma assumir numerosos disfarces, mas que, ao longo do tempo e qualquer que seja sua aparência, investe contra a tradição hipocrática altruísta e benemerente. Todavia, neste momento em que se cuida de desumanização é necessário refutar a crença no caráter desumanizador da tecnologia como gerador dessa situação de calamidade moral que assola a vida social contemporânea. Culpar a tecnologia pelos defeitos da relação médico-paciente na atualidade revela atitude falsa.

Os fatores que distanciam os médicos dos interesses de seus pacientes devem ser buscados noutro campo. Na sociedade, por exemplo.

Nos dias atuais, é bastante comum que se atribua à ciência e à tecnologia a desumanização das relações interpessoais e da vida social. Especialmente, responsabilizam a técnica e a tecnologia pela perturbação da relação médico-paciente, desviando a visão de

quem é verdadeiramente desumanizador. Essa é uma ideologia falsa e reacionária a serviço do obscurantismo, porque serve para distrair a atenção do problema real. Por conta de sua nocividade, escondida sob uma máscara angelical, faz-se necessário refutar essa crença infundada no caráter desumanizador da tecnologia. Por mais que ela pareça simpática aos reacionários de sempre. São as condições objetivas da vida social e das relações entre as pessoas que determinam a desumanização de relações humanas. Inclusive, na relação dos pacientes com seus médicos. Mas também dos médicos entre si e dos profissionais de saúde uns com os outros. O capitalismo selvagem responde pela desumanização da sociedade e de suas instituições, inclusive da medicina.

Pode-se acreditar que, mesmo para um ateu, não parece haver versículo bíblico mais importante do que o que diz: *conhecereis a verdade e a verdade vos libertará* (João, 8: 32). Esta tem sido a divisa sob a qual todas as tendências progressistas têm atuado desde o começo da civilização. A civilização resulta da atitude contida nestas duas proposições. Conhecer a verdade científica e seu caráter libertador. Hoje se diria desalienador. O compromisso da ciência com a verdade possível e verificável em cada momento é contrário a todo dogmatismo. A verdade científica de cada momento é aquela obtida com os recursos materiais e teóricos disponíveis. A verdade científica deve ser considerada como possível de ser retificada, ainda que não se saiba quando nem como isso se dará.

No outro extremo, estão os supersticiosos que atribuem a desumanização à perda pelos médicos atuais do *"dom da cura",* do qual os antigos seriam dotados. Para eles, a capacidade de curar seria um dom sobrenatural independente da técnica ou ciência. Neste enfoque, o tratamento de base científica se nivela aos procedimentos mágicos de curar e nivelam a medicina moderna às pajelanças e outras manifestações primitivas, como se tivessem as mesmas possibilidades técnicas e os mesmos limites éticos. Julgam que a medicina só restaurará seu valor social quando abandonar os caminhos da ciência e buscar, de novo, as trilhas do misticismo e da superstição. Trilhas que só foram abandonadas depois

de sobejamente demonstrada sua ineficácia ou prejudicabilidade. Embora algumas técnicas possam ser retiradas do museu, por ter sido encontrada nova utilidade para elas, como os sanguessugas, para os quais se descobriu nova utilidade terapêutica.

Os médicos não podem se nivelar aos agentes da magia negra, branca ou multicolorida. Nem devem legitimar as formas de obtenção do conhecimento superadas e tornadas obsoletas pelo avanço da metodologia científica em termos de melhora da confiabilidade e da validade dos resultados encontrados com os métodos mais aperfeiçoados. O crédito social e profissional que a medicina tem recebido ao longo dos séculos decorre de sua cientificidade e da eficácia de seus procedimentos. Os curandeiros retiram o crédito que merecem de seu dom para curar.

> *Médico é médico, curandeiro é curandeiro, diferença que deve ser mantida sempre. Curandeiros podem se apresentar como médicos. Mas não se pode tolerar que médicos se apresentem como curandeiros, porque isto não macula unicamente o prestígio profissional de quem age assim, salpica toda a profissão médica e a credibilidade das ciências médicas.*

Frutos dessa tendência atecnológica e anticientífica, situam-se os reacionários que sonham com um passado mitológico inatural e idílico, no qual as pessoas conviveriam pacífica e mansamente com a natureza e esta, mãe gentil, lhes forneceria sem esforço ou sacrifício o pão e o mel de cada dia. O paraíso terrestre, enfim. Essa pretensão mitológica tem apoiado grande número de ideologias "naturalistas" fantasiosas que se opõem a todo progresso, onde quer que se manifeste. Aí se encontra a fonte principal daqueles que consideram o aperfeiçoamento técnico e tecnológico como maléfico. Esquecem o caráter essencialmente instrumental da técnica e da tecnologia, por isto lhes transferem os malefícios político-econômico-sociais. Um recurso ideológico alienador que deve ser denunciado sem fadiga. A vida da natureza nunca foi fácil e as facilidades que incorporou são fruto da ciência e da técnica. Imagine se as pessoas tivessem que viver hoje da mesma maneira que seus bisavós há um século.

Como parte dessa fantasia alienada, incluem a medicina e o trabalho médico nesse enredo. Uma tendência dessa alienação antitécnica consiste na denúncia do progresso tecnológico como fator da desumanização da relação médico-paciente, falácia que serve para encobrir o verdadeiro motivo político-econômico dessa perversão. Assim como foi a técnica ao seu tempo, a tecnologia deve ser considerada um instrumento potencialmente maléfico ou benéfico na dependência do uso que dela se faz. No caso da tecnologia médica, deve ser considerada sempre boa. Mas, boa para quem? Para quem tenha acesso a ela, para quem possa utilizá-la em seu benefício quando dela necessitar. A coincidência de seu advento com a desumanização da relação médico-paciente tem razões mais profundas e mais distantes.

## Características do trabalho médico

A principal característica social da medicina consiste em ela ser uma atividade laboral, uma ocupação com estatuto de profissão. Isto também fixa a marca essencial do médico como trabalhador. Especificamente, um profissional da medicina. Mas a medicina não desfruta na sociedade apenas do estatuto de trabalho profissional, de profissão dos médicos.

Uma dificuldade preliminar para estudar os médicos, agentes da medicina, é a complexidade significativa que se abriga no interior deste conceito.

No interior do conceito de medicina se abrigam ao menos três significações diferentes, mas reciprocamente complementares:

- a medicina, profissão dos médicos,
- a medicina, instituição social de assistência aos doentes, e
- a medicina, geradora de conhecimento científico e aplicadora de tecnologia médica (ciências e tecnologias médicas).

Essa amplitude de possibilidades de trabalho faz dos médicos protagonistas de papéis significativos em, pelo menos, três planos da existência social: são profissionais da medicina, são agentes institucionais do sistema social de assistência médica a indivíduos e comunidades, e desempenham diversas funções científicas e tecnológicas, como produtores e aplicadores de conhecimento científico em diversas áreas da atividade humana (como ocorre, por exemplo, com a medicina de catástrofes, a medicina do trabalho, a medicina aeroespacial, a medicina da criança ou pediatria e puericultura, a medicina psicológica ou psiquiatria, a medicina da mulher ou ginecologia e obstetrícia, a medicina social e tantas outras modalidades particulares de formas de realização do trabalho dos médicos).

Não bastasse isto, sua condição de agentes profissionais faz com que seu papel social se desdobre em mais três planos. Como todas as profissões existentes, podem ser identificadas na medicina pelos menos três vertentes mais destacadas: a vertente econômica, a vertente tecnológica, a vertente humanitária.

Como sujeitos éticos, os praticantes da medicina, uma profissão tecnológica e humanitária, se obrigam a atuar de modo benemerente e solidário para com seus pacientes e a se manterem como profissionais a serviço da humanidade. Da humanidade representada por cada paciente seu, no qual ele sente todos os doentes que necessitam de si.

Os médicos também desempenham o papel de agentes econômicos no mercado de serviços e o de sujeitos éticos na interação com a sociedade, adaptando-se às necessidades e possibilidades do mercado de trabalho e, como trabalhador, em suas relações com seus empregadores públicos ou privados.

Ademais, cultiva e, se possível, produz conhecimento científico sobre as enfermidades, os enfermos e outros conceitos e fenômenos afins, e as aplicações técnicas e tecnológicas provenientes desse conhecimento. Não apenas as ciências médicas, mas toda

atividade tecno-social de assistência médica, refletiram este avanço criando as condições necessárias para que se acelerasse e ampliasse.

A evolução da técnica médica (atividade útil de caráter médico baseada no conhecimento comum, ainda que experimentado e refletido) transformada em tecnologia médica (aplicação de conhecimento verificado em medicina) representou imenso avanço qualitativo para o aperfeiçoamento do exercício da medicina e para a saúde da população. Mas a extensão de sua necessidade fez com que fosse apropriada por interesses econômicos imensos, com os resultados que se vê.

A esta dificuldade material se acrescentam outras, de natureza ideológica. A primeira delas se refere à visão do mundo (cosmologia) de quem realiza este estudo. Pode ser monista ou dualista. O monismo pode se apresentar de duas formas: a materialista e a idealista.

Os monistas pretendem que tudo o que existe na natureza é constituído por uma só substância. Material, para os monistas materialistas (a matéria e a energia, entendidas como matéria) e para os monistas idealistas (algum ente ideal, como o espírito, as ideias, as palavras). Os dualistas sustentam a possibilidade de existirem coisas com duas substâncias: uma, material e outra, ideal.

A concepção do mundo como totalidade sistêmica permite inferir que o todo é maior que a soma das suas partes (o que se sabe a partir da contribuição dos psicólogos da *gestalt* e dos filósofos dialéticos). Pois o ser humano existe como produto sintético resultante da interação do ser biológico imerso na realidade social que elabora uma interface psicológica para integrar as duas na consciência humanizada. A nova identidade obtida a partir desta síntese tem a marca da condição humana e se reproduz na sua atividade humanitária. Condição humana que existe em dois mundos: o da natureza e o da cultura. A atividade médica compartilha dessa condição, por isso não é só um trabalho profissionalizado,

não é apenas tecnológica, nem exclusivamente humanitária. Mas a identidade de cada médico se faz com componentes de cada uma dessas influências.

> *Inclusive da cultura material, diga-se de passagem, em benefício de que imagina a cultura povoada unicamente de figuras abstratas, ideais, subjetivas.*

A realidade social humana integra simultaneamente as vertentes socioeconômica, sociocultural, sócio-histórica, sociopolítica e outras possíveis em todas as circunstâncias da existência de cada ser humano. O ambiente social polifacético molda e dirige as personalidades e as condutas humanas a partir das possibilidades biológicas e culturais de cada pessoa. Divergência também comum na concepção de medicina é a que opõe os adeptos do ecletismo aos reducionismos médicos de caráter biologicista (a biomedicina), sociologicista (a sociomedicina) e o reducionismo psicologicista (a psicologia médica e as psicoanálises extremadas ou psicomedicinas). Cada uma destas perspectivas parciais, por mais que se mostre correta de seu ponto de vista particular, não deve ser usada para explicar a totalidade complexa humana, de caráter biopsicossocial, pois esta lhe escapa. O reducionismo infringe esta regra elementar do conhecimento sistêmico, ao absolutizar um dos componentes sistêmicos e utilizá-lo para substituir a totalidade.

> *O reducionismo tem sido recurso fácil para fingir que se soluciona os problemas advindos do estudo das entidades complexas. Mas desvia o estudioso de seu objetivo.*

Por outro lado, há médicos reducionistas de todos os tipos. Destes já referidos e de outros que não foram mencionados. Porque aí se nota a diferença entre o temperamento (características pessoais herdadas que determinam os padrões básicos das ações e reações de cada ser humano) e o caráter (características habituais que alguém desenvolve por aprendizagem e condicionamento ao longo de sua vida e a partir das possibilidades de seu temperamento. Como se pode inferir, o temperamento é essencialmente biológi-

co, enquanto o caráter se entende como uma instância cultural. Como se o temperamento constituísse a infraestrutura e o caráter, a superestrutura da personalidade. A pessoa se erige como uma estrutura psicossocial assentada em um alicerce biológico.

Isto é, pode-se dizer que o aspecto psicológico da condição humana (especialmente sua atividade mental, afetividade e interações interpessoais) existe como espécie de interface que intermedeia e modula ativamente a interação biossocial e regula aquelas interações, ajustando a atividade de cada uma destas instâncias da pessoa às suas necessidades e possibilidades como ator social, agente psicológico individual e sujeito moral. Quer seja mero figurante ou o mais importante dos protagonistas em cena. Esta noção unitária e integral dos entes humanos, formados a partir de numerosas influências, constitui a essência da assim chamada concepção biopsicossocial do ser humano. Do ser humano sadio ou enfermo, qualquer que seja sua identidade individual e qualquer que seja o conjunto de circunstâncias em que vive, inclusive o significado da enfermidade de que padeça.

A condição humana resulta da síntese dialética das influências psicossociais (formadoras do *caráter*) que emergem e se desenvolvem a partir de um potencial biológico-individual: o temperamento. A pessoalidade, noção que expressa a qualidade de tudo aquilo que é pessoal ou se refere a uma *pessoa*, se diferencia sutilmente da *personalidade* (estrutura de características que compõem uma pessoa).

> *Curioso que muitas pessoas se chamam holísticas quando são, na verdade, dualistas e, frequentemente, espiritualistas. Nas últimas décadas, muitos espiritualistas preferem se apresentar como "holísticos", a tal ponto que os significados destas expressões estão se tornando idênticos.*

Outra qualidade de perturbação ideológica que interfere negativamente na concepção da medicina é de ordem sociológica, notadamente os traços essenciais da concepção da sociedade e sua relação com os indivíduos. A visão da sociedade, a concepção que

a pessoa tenha do macrossistema social em que vive. Neste campo, na visão da sociedade, ao menos em princípio, colocam-se em jogo três tipos de concepções essenciais da existência social: as individualistas, as coletivistas e as dialéticas ou integradoras.

Os individualistas concebem a sociedade como a interação de indivíduos ou mera soma de entidades individuais e só valorizam o desempenho individual. Os coletivistas, pelo contrário, só valorizam a produção e os direitos coletivos, marginando os indivíduos ou minimizando seu significado. Entendem o indivíduo como produto elementar da coletividade.

Os dialéticos sintetizam os dois grupos anteriores e valorizam os aspectos individuais e sociais como premissas da síntese que possibilitam. Os pensadores dialéticos promovem uma síntese integradora das duas outras concepções de sociedade e de ser humano e ajustam esta visão integrada do homem e da sociedade à uma concepção semelhante de medicina, de enfermidade e de enfermo. O resultado dessa síntese supera as entidades que a possibilitaram.

É necessário diferenciar a posição intelectual dialética ou sintética da sincrética. Enquanto a síntese promove uma integração natural ou artificial de objetos diferentes que resultam em uma totalidade harmônica (tese + antítese = síntese), a síncrese é a mistura de objetos diferentes que resultam em algo sem unidade lógica ou funcional.

A concepção monista do homem tem seu componente mais essencial e substancial e se resume a identificar nele uma única substância. Mas não apenas de cada homem singular como totalidade organísmica, mas de cada organismo humano ou não e suas relações com a natureza e cada pessoa em suas relações com a sociedade.

Porque não deve haver qualquer dúvida de que a circunstância de estar (ou ser) sadio ou enfermo, como tantas outras na existência

humana, pode exercer alguma influência na mente e nas ações das pessoas. Principalmente em sua interação com os demais circunstantes com quem interage. O monismo pode ser materialista ou idealista. O monismo se opõe ao pluralismo (crença de que a realidade se compõe de elementos de variadas naturezas).

A forma mais simples do pluralismo é o dualismo (uma entidade composta por duas substâncias essencialmente diversas): corpo e alma ou mente e soma, como se fossem coisas autônomas.

Outras divergências ideológicas são as de ordem reducionista. O reducionismo já foi estudado no primeiro volume desta série. É possível pretender que um dos principais problemas que contaminam e desviam o entendimento da concepção biopsicossocial do ser humano, qualquer que seja sua condição ou contingência, se traduz nas diferentes tendências reducionistas que dominam o panorama intelectual e científico atual. Reducionismos que, ao menos no âmbito da medicina, se manifestam principalmente no biologicismo, no sociologicismo e no psicologicismo, visões parciais e insuficientes do ser humano que, por isto, devem ser criticadas.

Outra forma de reducionismo opõe os internistas, que supõem a enfermidade produzida unicamente pelos fatores internos dos indivíduos (organicistas e psicologicistas), aos externistas, que atribuem as enfermidade a causas sociais (sociologicistas ) ou ecológicas (ecologicistas).

Por fim, recorde-se os dualismos doentista e doencista.

Os doentistas negam a existência ou importância aos doentes, porque imaginam a doença como uma entidade independente do doente. O outro extremo, os doencistas, imaginam a doença como entidade autônoma em relação ao doente. Reducionismos que foram explicados na introdução do texto sobre a medicina. No entanto, estes reducionismos representam descaminhos doutrinários da medicina, ao menos do ponto de vista dos totalistas e dos dialéticos. O conceito de holismo se mostra muito obscuro

por uma ambiguidade que lhe é peculiar: pode ser eclético, sincrético, dialético ou idealista. Ambiguidade que o invalida como conceito científico e obriga a que seja definido explicitamente sempre que for empregado. O holismo contemporâneo tem sido um recurso para introduzir o conceito de espiritual na integridade humana.

> *Os adeptos do ecletismo procuram combinar harmoniosamente conceitos e proposições despreocupados de sua origem doutrinária; os sincréticos misturam de qualquer maneira conceitos e proposições que lhes sejam convenientes e possibilitem concluir o que quiserem.*
>
> *O ponto de vista chamado dialético, fundamentado na síntese, é eclético por sua própria natureza. Os dialéticos sintetizam proposições aparentemente opostas, mas complementares. E os idealistas incluem (ou se resumem) conceitos como espírito, alma, inconsciente, deus, anjo, demônio, palavras, pensamentos, em seus raciocínios.*
>
> *Aqui se evita a designação holismo por conta do caráter sobrenaturalista e pleno de misticismo que assumiram seus usuários mais recentes. Na maior parte da vezes, holismo é sinônimo de espiritualismo ou algo parecido.*

O texto abaixo, de Sir William Osler, médico canadense considerado grande mestre da medicina moderna, retrata bem como deve ser o médico.

## O que é ser médico

*William Osler*

Proponho-me a revelar-lhes o segredo da vida, como o vejo e como tento realizá-lo. Proponho-me dar-lhes esta palavra mágica, com a esperança, ou melhor, com a completa certeza de que alguns de vocês a utilizarão com proveito. Conto-lhes o 'abre-te sésamo' de todas as portas e o grande nivelador no mundo, a verdadeira pedra filosofal que transmuta em ouro o metal ruim da humanidade. Fará talentoso ao

homem estúpido e brilhante ao talentoso e o tornará mais ajuizado. Com esta palavra mágica em seus corações, todas as empresas serão possíveis e sem ela todo estudo será só vaidade e mortificação.

Os milagres da vida se produzem por ela: o cego vê pelo tato, o surdo ouve com os olhos e o mudo fala com seus dedos. À juventude traz esperança, ao homem maduro confiança e repouso ao ancião. É diretamente responsável por todos os avanços médicos das últimas vinte e cinco centúrias. Valido dela, Hipócrates fez da observação e da ciência a trama e o tecido de nossa arte.

Galeno entendeu de tal maneira seu significado que por quinze séculos deixaram de pensar e dormiram até que foram despertados pelo livro *Da Fábrica de Vesálio*, que é a verdadeira encarnação dessa palavra mágica. Inspirado por ela, Harvey deu um impulso que ainda hoje sentimos. Hunter sondou toda sua altura e profundidade e se destaca em nossa história como um dos exemplares de sua virtude. Com ela Virchow golpeou a rocha fazendo brotar as águas do progresso, enquanto nas mãos de Pasteur resultou ser um talismã que abriu caminho para um novo ciclo na medicina e uma nova terra na Cirurgia. Não só foi a pedra de toque do progresso, senão que também a medida do êxito na vida diária. Não há um só dentre nós que não lhe deva seu lugar aqui, e quem fala tem a honra de fazê-lo como consequência direta de havê-la tido gravada em seu coração quando era o que vocês são agora.

A palavra mágica de que trato aqui é: *trabalho*. Palavra humilde, porém carregada de consequências transcendentais sempre que saibam gravá-la no coração e ostentá-la sobre suas testas.

Os principais reducionismos que agridem a identidade essencial do médico e fazem com que um destes profissionais se torne um agente antimédico são o mercantilismo, o tecnicismo, o antitecnicismo e o burocratismo.

Mercantilista ou mercenário é o médico que faz do dinheiro a única ou a mais importante motivação de seu trabalho. Perversão que tem sido muito estimulada pela sociedade nos tempos que correm. O que a torna pior.

O tecnicismo ou cientificismo é a perversão da conduta médica que ignora os aspectos humanos, humanistas e humanitários de sua atividade e exclusivizam ou fazem sobressair o aspecto técnico-científico. O antitécnico ou anticientífico assinala a perversão oposta, o que ignora ou minimiza os aspectos científicos da atividade profissional médica.

A perversão burocrática da medicina, na qual incorrem os médicos burocratistas, se revela do endeusamento dos meios sobre os fins e dos recursos auxiliares, como as normas ou rotinas administrativas, acima dos interesses dos doentes. O médico burocrata pode deixar sofrer um paciente por falta de um carimbo, um papel, uma coisa acessória qualquer.

## Os médicos e seus pacientes, os pacientes e seus médicos

A medicina é uma atividade com muitas identidades: as duas principais são a atividade individual (que se confunde com a clínica) e a identidade coletiva (que se confunde com a assistência médica a uma coletividade, a profilaxia das enfermidades, a educação sanitária e o cuidado com os sistemas sociais, também chamada medicina social).

A medicina é atividade que tem elementos de identidade: atividade econômica de prestação de serviço; aplicação de conhecimento, especialmente de conhecimento científico – uma técnica ou uma tecnologia – mas é, principalmente, uma relação de ajuda profissional entre duas pessoas.

Como práxis individual ou exercício da clínica, a medicina também pode ter diversas vertentes, dentre as quais, como mais importan-

tes, aqui se destacam três: 1) primeiramente, ser uma atividade econômica de prestação de serviços médicos; 2) sua existência como técnica (aplicação de conhecimento), especialmente aplicação de conhecimento científico (o que a faz uma tecnologia); mas é sua terceira vertente a mais importante, porque o exercício da clínica é essencial e principalmente uma relação de ajuda entre duas pessoas, dois agentes morais, dois sujeitos que atuam na construção de suas biografias; o sujeito que necessita de ajuda e o que está preparado para ajudá-lo.

Sujeitos são pessoas que agem deliberada e conscientemente para realizar determinadas ações. Tais ações podem envolver dois sujeitos: um, o sujeito-agente, que exerce a ação, e outro, o sujeito-paciente, que recebe a ação do sujeito. Quando se faz referência a sujeito-agente e sujeito-paciente pode ser importante fazer de saída uma distinção entre sujeito moral e sujeito gramatical (porque há muita gente fazendo tal confusão).

O sujeito moral é sempre uma pessoa, enquanto o sujeito gramatical é qualquer palavra, mesmo com conteúdo abstrato ou fantástico, mas que exerce a ação do verbo em uma oração. Nas frases *"João ajudou Maria"* e *"Maria foi atendida por João"*, ambos são sujeitos morais e sujeitos gramaticais. João na primeira frase e Maria na segunda. Já nas orações *"Papai Noel trouxe presente para João"* e *"João ganhou presente de Papai Noel"*, só João é sujeito moral, porque Papai Noel é um ente mitológico e não pode ser sujeito-moral, mas é o sujeito gramatical nesta frase-exemplo.

Como sujeitos morais que são, os médicos são pessoas que agem deliberada e conscientemente para realizar determinadas ações e, por isso, ser responsáveis pelos danos que ocasionem. Repetindo, por importante, sujeito-agente, que exerce a ação e o sujeito-paciente, que recebe a ação do sujeito.

Na primeira acepção, a econômica, o médico é o prestador do serviço e o paciente é seu cliente (quando paga diretamente pelo serviço prestado) ou um usuário ou utente, como preferem dizer

os portugueses (quando uma pessoa usa um serviço, que é remunerado por outrem). As expressões cliente, usuário e prestador (de um serviço) destacam esta dimensão econômica que, felizmente, não é a mais importante, nem deve ser. Porque o exercício da medicina não pode nem deve ser reduzido a um negócio no mercado. Nem mesmo quando os áulicos do mercado (os neoliberalistas) o endeusam como determinante essencial de todas as condutas humanas.

Na segunda acepção, a técnica ou tecnológica, o médico é um aplicador de conhecimento, um técnico ou tecnólogo – na dependência do tipo de conhecimento que aplique –, e o doente, o objeto de uma intervenção técnica. Aqui se repete a observação quanto à diferença entre a nomenclatura técnica e a ética, que se assemelha àquela existente com a nomenclatura gramatical.

Na terceira acepção – caracteristicamente humana, humanista e humanitária – o médico desempenha o papel de sujeito-agente e o doente, o de sujeito-paciente. Que os médicos resumem em médico e paciente. A sujeiticidade, diga-se assim com um neologismo, das duas pessoas ou dois sujeitos éticos se impõe sobre a designação dos dois agentes ou do agente e do objeto dessa relação descrita em termos gramaticais ou técnicos. O predomínio desta acepção se inicia na linguagem, mas vai muito além dela.

A partir destas preliminares pretende-se aqui cuidar da relação médico-paciente, sem qualquer reducionismo mutilador. Porque é insuportável que se aplique a esta interação especialíssima para as pessoas, normas que regem as relações técnicas, e muito menos as regras jurídicas, que regem as relações comerciais de compra e venda. Quando se tem a relação médico-paciente como mera interação técnica (de um agente com um objeto) ou um negócio (de um prestador de serviço com um cliente ou usuário), ela fica amputada de sua característica mais essencial e importante. Se descaracteriza completamente como atividade médica. Situação em que cabe indagar: quem ganha com o desaparecimento da medicina? Interessa à sociedade que isto aconteça?

Jovell AJ[1] informa os resultados de uma pesquisa feita com pacientes dos serviços sanitários espanhóis. Os cidadãos que usam os serviços sanitários públicos na Espanha desejam: acesso mais rápido e mais justo aos serviços de saúde, ser alvo de atendimento personalizado, dispor de mais tempo nas consultas médicas, ter a possibilidade de escolher livremente os médicos e serviços sanitários para serem atendidos, dispor de mais informação e maior participação na tomada de decisões sobre seu caso clínico.

Não por acaso, o século XX foi chamado o século dos direitos. Nos últimos 50 anos deu-se radical transformação na atitude das pessoas para com os prestadores de serviço e fornecedores de bens tangíveis com os consumidores de tais mercadorias. Esta transformação ocorreu no sentido do reconhecimento dos direitos de cidadania, que devem ser respeitados em todas as situações. Para os médicos, no entanto, esta mudança não se resume ao plano jurídico da convivência social, alcança o plano ético. Inclusive e principalmente o da ética médica. Os cidadãos comuns passaram a exigir tanto respeito aos seus direitos quanto o que era desfrutado pelas pessoas mais destacadas. A igualdade de direitos se transformou em demanda generalizada dos povos.

Os direitos conquistados pelo cidadão são diferentes daqueles permitidos aos súditos por seus senhores. Em todo o mundo as pessoas consideram os médicos como as fontes mais confiáveis de informação sanitária – e isto deve ter alguma razão.

No caso brasileiro, as investigações sobre as instituições mais confiáveis pela população invariavelmente situam a medicina entre os primeiros colocados.  Isto ocorre porque a medicina é uma profissão particularmente destacada e os médicos, profissionais muito prestigiados. E também porque os médicos têm, historicamente, agido de modo a inspirar confiança nas pessoas.

---

*1 Historia natural de la profesión médica vista por un paciente, emwww.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo3.pdf*

Como se sabe, não se pode constranger pessoa alguma a confiar. Confiança se inspira ou não se inspira, não se impõe. Um dos motivos da imagem positiva que os médicos inspiram em todos os povos é o caráter majoritariamente solidário e progressista impresso em suas condutas. Por isso, é imperativo que ofereçam resistência aos reducionismos mercantilistas e tecnicistas que se lhes tentam impingir pela tendência liberalista globalizada. Porque essa tendência, com suas manifestações econômicas, políticas e culturais, se faz radicalmente antimédica em sua desumanidade. A tradição da medicina e sua história inspiram confiança nas pessoas. Confiança sem a qual a relação médico-paciente se tornará impossível. O que acontecerá caso os médicos se apresentem à sociedade como meros técnicos ou comerciantes de um tipo de serviço, por mais sofisticada seja esta técnica e por mais precioso seja este serviço.

Independentemente disto, desde que não sucumbam às tendências mercantilistas da sociedade neoliberal, os médicos devem agir sob a consciência dos direitos humanos e do cidadão. E a evolução da consciência política da sociedade lhes impõe adaptar-se aos novos tempos. Esta nova consciência do cidadão-consumidor surgiu e se desenvolveu sob a influência da consciência democrática que se espalha pelo mundo.

Para Jovell, um dos principais entraves ao desenvolvimento da relação médico-paciente nos tempos que se iniciam estaria no déficit do aspecto empático daquela relação, que se tem tornado excessivamente formal, mecanizada. O que se dá principalmente nos casos da assistência a pacientes graves, como na oncologia (e na unidade de cuidados intensivos, poder-se-ia acrescentar). Queixam-se da frieza e da impessoalidade, ainda que disfarçada pelas formalidades da cortesia social formal, quando a amabilidade pode servir mais para impor distância do que para aproximar, mais para informar do que para comunicar, e a gentileza encobre a falta de compreensão. Pois a compreensão é o fenômeno interativo predominantemente afetivo de se colocar no lugar do outro, que não pode ser confundido com o processo apenas cognitivo de entender.

*Compreender não significa entender. Esta, é cognitiva, enquanto aquela, é afetiva.*

O doente precisa se sentir aceito e compreendido pelo médico. Tudo o mais fica secundário. É importante saber que o aperfeiçoamento técnico desumaniza a medicina; portanto, sua adoção há de ser péssima para médicos, pacientes e sociedade.

A competência técnica, a competência ética e a competência humana precisam coexistir na conduta dos médicos. Mas a última deve ser dominante. Sempre e em todos os casos. Este aspecto empático da relação médico-paciente foi o que assegurou prestígio e relevo social aos médicos, mesmo quando o aspecto técnico de sua prática era nulo ou francamente negativo. Basta ler os formulários terapêuticos antigos (mesmo os não muito) para se dar conta disto. Mas também estimulou o notável progresso da assistência médica que tem garantido resultados cada vez melhores dos tratamentos individuais e da atenção coletiva. A vinculação humana e humanitária deve ser a tônica da relação médico-paciente, por mais que o desenvolvimento tecnológico acentue seu compromisso com a técnica e com a ciência.

## O médico, a medicina e a morte

Conhecida alegoria mostra o médico e a morte disputando uma pessoa. Cada uma puxa para si. Esta imagem proclama o médico como combatente contra a morte e a medicina como instrumento de sua busca incessante de vencer essa luta. Mas é preciso saber que esta proposição nada tem de verdadeira. Pois não há nem pode haver vida sem morte, nem morte sem vida. Tudo o que vive morre. Esta é uma lei inexorável da natureza e que se aplica a todos os seres vivos.

A morte é sempre assustadora e preocupante. Nada motiva mais medo e ansiedade. É difícil a mencionar ou encarar com tranquilidade. Mas é tema inevitável da medicina. Nenhum ser humano

adulto desconhece a inevitabilidade da morte, mas prefere viver como se a ignorasse, como se fosse viver eternamente.

Nenhuma cultura fugiu da necessidade humana de inventar um mito que contentasse as pessoas com a ilusão da imortalidade ou a fantasia de uma vida após a morte; mitos que corporificam a pretensão humana de vencer a morte, evitá-la, superá-la. Mito presente na cultura de todos os povos. A infância dos povos está cheia de mitos para explicar tudo o que sua capacidade cognitiva não lhes permite conhecer. Inclusive sobre a saúde, a doença e a medicina. Um dos mitos sobre a medicina e o médico se refere ao seu pretenso poder contra a morte, tentação fantástica que engana a todos que desejam ser enganados por ela. A imortalidade é o prêmio futuro que as religiões prometem aos que lhes forem fiéis em vida. A vida eterna depois da morte para os que se mostrarem verdadeiramente fiéis enquanto vivos. No entanto, ao menos em tese, nenhum doente procura um médico para que seu trabalho o torne imortal. Contentam-se em esperar que a atividade médica afaste a morte agora, naquela vicissitude que o assalta; que deixe a morte para depois. Ainda que seja um depois que se repita e se prolongue incessantemente.

Em seu primeiro momento, a medicina foi a ferramenta mágica para cuidar dos doentes, aliviando-lhes o sofrimento e auxiliando-os a restaurar a saúde, obedecendo às crenças sobrenaturais. No início, realizou esta tarefa animando-os em suas crenças sobrenaturais. Só muito depois, já avançada a civilização, se aventou a possibilidade de intervir positivamente no processo de enfermidade por meios naturais. E, de certa maneira, mesmo atualmente, prossegue sofrendo a influência desta sua primeira identidade sobrenatural, ainda que de aparência natural, que todos os povos utilizaram para atender a essa necessidade cultural. Insista-se que esta imagem não está superada. Nas pessoas mais ingênuas, persiste ativa e, mesmo nas mais lúcidas, fica reativada pela desesperança ou pelo desespero.

No núcleo ou na periferia da imagem que as pessoas comuns fazem dos médicos, existe sempre algum elemento da crença es-

perançosa de que eles existem para combater a morte, para defendê-los dela. Evitá-la, afastá-la ou, mesmo, acabar com ela. Muitos julgam que os médicos existem para combater a morte. Apesar de, como já se viu, sua missão se resumir em prolongar a vida enquanto esta merecer ser vivida, afastando as mortes evitáveis. E já será bastante. Ao menos, enquanto restar ao paciente um mínimo de decoro e dignidade (com o sentido mais amplo desta expressão).

A fantasia de vencer a morte, prolongar a vida indefinidamente e conquistar a imortalidade está presente na consciência humana há muito tempo e em todos os lugares. Todas as crenças religiosas se fundamentam nessa crença fundamental, tanto nas consciências individuais quanto nas coletivas, assim mostram as lendas e os mitos antigos de todas as culturas conhecidas. Há quem tenha a noção da inevitabilidade da morte – e a angústia que ela provoca – como uma característica da humanidade. Deve ser, sim. Por isso, pode-se considerar a crença na vitória sobre a morte como sobrevivência da concepção religiosa da medicina e como premissa dessa concepção. Parte do desejo de imortalidade, sempre presente na humanidade desde sua origem mais remota, na qual a verdadeira vida era colocada em um plano de existência além do natural.

É muito provável que a consciência da inexorabilidade da morte e o medo que ela mobiliza, traço característico da condição humana, tenha originado a fantasia da imortalidade (e o escamoteamento da consciência da mortalidade) como recurso defensivo contra a ameaça permanente da morte.

As crenças místicas e as instituições religiosas teriam surgido como recurso tranquilizador diante do medo que a inexorabilidade da morte provoca em quem se sabe mortal.

Há séculos se afirma antiquíssimo compromisso dos médicos com a vida. Não com qualquer vida, como os budistas ortodoxos e outros vitalistas radicais que se preocupam em preservar todas as manifestações vitais, mesmo dos seres daninhos e perigosos.

Os médicos, tradicionalmente, têm se comprometido com a defesa da vida humana decorosa, um dos pressupostos fundamentais do humanismo médico. O compromisso dos médicos com a vida humana no mundo antigo se iniciava com o nascimento do ser humano, com sua primeira respiração – o sopro vital. Para os pneumatistas, a vida se identificava com o ar respirado e a primeira aspiração/expiração como o momento inaugural da vida.

No primeiro vagido do recém nato, a alma ingressaria no corpo, animando-o, fazendo-o viver. Este mesmo critério permitia identificar o momento da morte. Uma pessoa morria ao deixar de respirar. O último alento, indicava o momento da morte, quando a alma deixava o corpo. O avanço do conhecimento biológico e a consciência de necessidades sociais (como o transplante de órgãos) mudaram o conceito de morte pulmonar para o de morte cerebral. Isto é, desenvolveu-se um critério novo e cientificamente verificado para prever a morte sem que restasse qualquer dúvida razoável – para isto serviu o conceito de morte cerebral. O momento em que a consciência já deixara de existir, ainda que persistissem elementos de vida somática. Apenas somática, sem qualquer possibilidade da vida de relação que assinala a vida da pessoa, do ser humano inteiro. Com isto, possibilitou-se assegurar a sobrevivência de incontáveis pessoas, que morreriam muito antes de sua hora caso essa providência não houvesse sido implementada.

> *É claro que houve oposição dos reacionários de sempre, dos que protestam contra toda mudança que pareça ameaçar suas convicções sobrenaturais. Houve quem denunciasse estes procedimentos como homicidas. Com o tempo, como sucede sempre, os opositores ideológicos se calam, conformados ou não. Prosseguem apenas os casos patológicos. Resta o problema do início da vida pessoal, mas isto será tratado adiante. Em todos os lugares e em todas as culturas, os agentes religiosos sempre se opuseram ao avanço do conhecimento científico e ao progresso das técnicas de curar.*

Tudo que vive morre e, se for feliz, morre depois de envelhecer, pois a única forma de não ficar velho é morrer jovem, o que não

há quem deseje. Vida e morte são fenômenos inseparáveis e intercomplementares. Totalmente. A tal ponto que se pode considerar que a morte é parte da vida e a vida parte da morte. Sempre. Não existe vida sem morte ou morte sem vida. A única maneira de se acabar com a morte será pondo fim a toda manifestação de vida. A extinção da vida é a única maneira viável de extinguir a morte e a possibilidade da morte. Só morre quem vive e todos os vivos findam por morrer, sem qualquer exceção. Todos. Sempre.

A aliança dos médicos com a vida humana de boa qualidade não os impede de aceitar a morte como irrecorrível quando inevitável. O médico deve empregar todo o seu conhecimento para impedir a morte evitável. A inevitabilidade e a naturalidade da morte são fatos aos quais os médicos se habituam desde cedo (caso não se habituem, pagam um preço alto), e sua inseparabilidade da vida. Aceitar essa concepção natural da unidade dialética da vida e da morte talvez seja o ponto mais difícil da formação dos médicos. Mesmo dos que creem na inexistência da morte, por confiarem em uma vida eterna. A atividade profissional dos médicos está voltada para conservar o mais possível a vida das pessoas que desejem vivê-la. Não obstante, os médicos não devem apenas procurar prolongar a vida, mas prolongar a vida pessoal com um mínimo de qualidade para quem a vive – e não apenas sobreviver com qualquer qualidade de vida.

O objetivo médico de prolongar a vida humana não deve ser confundido com a fantasia imatura de abolir a morte, que não se concretiza em nenhum vivente. Nem se reporta à vida como conceito genérico de ilimitada amplitude. Não a toda manifestação de vida de qualquer entidade biológica. Sequer se refere à vida humana, vida que mereça ser vivida com a mínima possibilidade de ser feliz. Um cisto dermoide, amontoado de tecido humano vivo que existe como restos de um irmão original da pessoa em que está contido, tem tanta dignidade como um feto anencefálico. Falta-lhe a condição mais essencial da hominização: o cérebro, o órgão humano que realiza sua vida de relação.

O conceito de *qualidade de vida* parece com a que os médicos hipocráticos chamavam de vida decorosa e a consideravam condição essencial para que um homem inteligente vivesse. Situação que deve incluir, necessariamente, o direito de alguém lúcido e consciente decidir sobre os problemas da própria vida e sobre o melhor momento da própria morte. No último caso, sempre que sua qualidade de vida for insuportável para seu senso de decoro pessoal.

Do ponto de vista objetivo, entretanto, o melhor conceito é o de *condição de vida*, que expressa a possibilidade real de a pessoa satisfazer suas necessidades. Conceito que há de ser ajustado às peculiaridades da pessoa e às suas circunstâncias ecológicas e sociais. Abstraindo qualquer preconceito, existe disseminada a convicção de que decidir sobre a própria vida e a própria morte deve ser prerrogativa de quem for capaz de fazê-lo nas outras situações.

Contudo, decidir a morte alheia não é, não pode e nem deve ser tarefa médica. Um dos momentos mais angustiantes da medicina atual é aquele em que, graças à carência de leitos hospitalares e de recursos terapêuticos suficientes para todos os pacientes, os médicos são forçados a escolher quem será atendido e a quem será negada a oportunidade do tratamento necessário.

No exercício de sua função, jamais um médico deverá decidir quando e como alguém deve morrer. Pois essa decisão é incompatível com seu papel institucional, a missão de sua instituição e a tarefa de seu ofício. Além de lhe ser vedado decidir sobre quem deve viver e quem deve morrer, o médico que se disponha a respeitar o desejo de morrer dignamente deve estar tecnicamente apto para discernir entre o suicídio patológico e o não patológico, o suicídio de balanço (decidido a partir da ponderação que alguém faz sobre as condições de sua vida e a decisão de não prosseguir vivendo daquela maneira).

A decisão suicida como ato lúcido e voluntário que uma pessoa assume diante de uma situação existencial insuportável pode ser

aceita como não patológica. Como sucede em situações nas quais as pessoas decidem se deixar morrer em uma greve de fome, quer como forma de protesto ou de desapego pela vida, quer para beneficiar alguém ou a comunidade. Mas o médico não deve participar dessa decisão ou de sua realização. Cada doente neste mundo e cada pessoa que possa ter necessidade de cuidados médicos deve ter o direito de confiar que o médico que o atender, seja quem for, se comporta e se comportará como um agente da vida e não como provocador de morte. Essa realidade não deve ser ignorada por qualquer médico, talvez porque integre sua responsabilidade social e profissional.

> *Aqui se coloca uma das questões mais importantes da medicina contemporânea: o possível conflito entre o direito que tem a pessoa de morrer e o dever assumido pelos médicos de lutar pela vida. O médico deve respeitar o direito do paciente morrer, mas não deve se envolver em sua morte senão para evitá-la ou adiá-la. Deixe a missão de abreviar a morte ou de ajudar a morrer para o próprio paciente, seus parentes e amigos (quando aquele estiver incapacitado), e para mais alguém que se julgar obrigado a ajudar ao padecente naquela situação.*
>
> *Esta, pelo menos, é a opinião do autor deste trabalho. Pois não é só que o médico não deva matar alguém, o médico deve não matar, obriga-se a não matar nem colaborar com a morte de alguém. Esta condição de adversário da morte e aliado da vida humana decorosa é um dos traços mais característicos de sua identidade social desde a origem da medicina. Quando o médico julgar, em plena consciência, que o melhor a fazer para um paciente será abreviar o fim de sua vida, não o faça como médico, mas como amigo. Como tantos e tantos têm feito desde que o mundo é mundo.*

## A relação da medicina com o médico

Diferentemente do que acontece com outros profissionais e suas profissões, atualmente o estudo da relação do médico com a medicina parece ser o ponto focal do entendimento do trabalho mé-

dico e da caracterização da medicina como profissão. Isto porque parece haver uma tendência a separar o médico da sua medicina ou a medicina de seus médicos, diferença que não importa muito.

Isto assim sucede porque, de um lado, como anteriomente resumido, não basta estar capacitado e devidamente habilitado para exercer a medicina. Ser bom médico exige mais. Exige vocação, disse-se. Vocação que se dirige mais para este encontro peculiar de ajuda com o paciente do que para qualquer outra forma da atividade médica – a técnica, a ciência, o serviço. Mas exige também que disponha de recursos de qualidade suficiente para bem cumprir seu dever.

O médico tem uma responsabilidade que transborda dos campos técnico, jurídico e administrativo para o ético. A relação benemerente, eixo do trabalho médico, exige que seus agentes sejam particularmente dotados de qualidades que lhes permitam fazer esse trabalho – o encontro de ajuda baseado na ciência, no bom-senso e na solidariedade. Que não prescinde da técnica, mas não depende dela para existir. Transcende-a e inclui a importância da ética. Vocação entendida como conjunto de atributos que impele uma pessoa para se dedicar à medicina e que inclui elementos humanos e humanitários muito mais importantes que os atributos intelectuais que a pessoa possa ostentar.

Aqui se trata do médico como agente concreto da atividade e da medicina, abstração que unifica e corporifica o trabalho médico. Ademais, deve-se saber que a relação destas figuras – o médico e a medicina – é avaliada de três ângulos: como palavras, conceitos e objetos (concretos ou abstratos). Caso contrário, corre-se o risco de absolutizar uma destas três facetas, que devem ser inseparáveis, amputando a medicina com grave prejuízo a sua essencialidade. Isso acontece porque a medicina não se limita a existir como uma relação formal dos pacientes com seus médicos, ainda que esta seja considerada sua dimensão mais importante, mesmo que não seja a que chama mais atenção. A relação afetiva deve ser a mais importante.

Mas, além de existir como relação intersubjetiva de ajuda, sua principal dimensão, a medicina acumula outros elementos de identidade, que giram em torno desta tendência humanitária e solidária que deve ser a marca mais essencial do trabalho médico.

A medicina deve existir, principalmente, como campo de práxis profissional de serviço de ajuda humanitária e, ao mesmo tempo, como tecnologia de diagnosticar enfermidades humanas e tratar seres humanos enfermos, isto é, como atividade científica e intervencionista sobre o complexo saúde-doença; mas também como política pública de assistência médica, como trabalho individual ou de pequenas equipes, como instituição e como rede de organizações sociais voltadas basicamente para o diagnóstico das enfermidades e o tratamento dos enfermos, integrando o sistema social de promoção, conservação e restabelecimento do bem-estar.

Bastariam as exigências do exercício da clínica para fazer da medicina uma atividade superlativamente complexa, impossível de ser assimilada inteira por uma só pessoa sem perda importante de sua efetividade em qualquer uma de suas ramificações especializadas. Tanto em termos do domínio de seus conhecimentos quanto no desenvolvimento das capacidades e da habilidade na escolha do momento adequado e na execução de seus procedimentos técnicos.

Deve-se insistir que todos os casos de prestação de serviços médicos, em todas as suas dimensões, em que pese a imensa variedade de possibilidades de procedimentos que podem ser ali praticados, de um modo ou de outro, mediata ou imediatamente, todos giram em torno do diagnóstico das enfermidades e/ou da terapêutica dos enfermos. Pois essas são as atividades médicas mais essenciais e mais gerais dentre todas as outras. Todas as demais atividades tipicamente médicas giram em torno dessas duas, decorrem mais ou menos imediatamente delas ou as complementam. Necessariamente.

Não há ato ou procedimento médico típico que não esteja mais ou menos proximamente relacionado com o diagnóstico e/ou a

terapêutica. Por isso, aqui se trata da questão do trabalho médico de um ângulo enraizado nos seguintes pares de categorias, dentre outras possíveis, que existem como territórios complementares na existência humana:

- a saúde e a enfermidade,
- a enfermidade e o enfermo,
- a enfermidade e o diagnóstico,
- o diagnóstico e a terapêutica,
- a terapêutica e a reabilitação,
- o pessoal e o individual,
- o individual e o coletivo,
- o coletivo e o social,
- o técnico-científico e o ético,
- o científico e o laboral,
- o humano e o profissional,
- o profissional e o burocrático,
- o burocrático e o social.

Diversas questões análogas serão ventiladas neste texto, de modo que a relação de cada uma delas com a medicina resulte clara e permita ao leitor se aprofundar no assunto.

Algumas destas – e outras questões análogas – restarão implícitas no texto deste trabalho, mas deverão ser tratadas especificamente em outros volumes que se seguirão a este, dos quais dois se encontram em preparação adiantada: o que trata da medicina como elenco de ciências médicas e o que versa sobre a medicina-profissão.

A revisão da conceituação da saúde e da enfermidade a partir do primeiro destes pontos de vista, cuida da relação dos estados de sanidade e enfermidade que costumam ser considerados como

conceito médico desde a antiguidade. A história mostra que muitas condições de sofrimento e causas de morte entre os humanos só foram consideradas enfermidades, e assim encaradas pelas pessoas em geral, quando os médicos descobriram uma explicação científica para elas. Mesmo assim, muitos resistiram até a descoberta de algum remédio eficaz para aquela condição. A medicalização de dada conduta anormal decorre mais da existência de um remédio do que das teorias médicas.

Afinal, o ponto focal do trabalho médico se situa, primeiramente, no vértice destes dois conceitos, que originaram estes três pares de condições humanas e essencialmente médicas: a da saúde e a da enfermidade, o diagnóstico e o tratamento, o paciente e o médico. Cada uma destas duplas conceituais configura uma unidade na qual uma das partes não pode ser dissociada da outra. Ainda que no caso da saúde, tanto como conceito quanto como condição humana, deva ser objeto de cogitação universal e como instância de intervenção individual deve interessar a todas as pessoas, independentemente de quaisquer limitações. Interessa não apenas aos profissionais da medicina; no terreno das atividades laborais interessa a todas as ocupações chamadas da saúde, e a muitas outras mais.

Os outros pontos que se seguem aos três primeiros acima mencionados, apesar de serem fundamentais para a atividade médica desde o início de seu exercício, são relativamente atuais e importantes para a atividade dos agentes das profissões. Ao menos das profissões técnicas da área dos cuidados com a saúde, pois estas têm, necessariamente, fundamentação científica e, geralmente, exigem alguma interação humana de natureza afetiva no relacionamento com sua clientela. Mesmo nas circunstâncias em que tal interação não se dá diretamente, como no caso da execução de exames subsidiários, ela se realiza de modo indireto.

> *Denominar as atividades laborais que cuidam especificamente da saúde, de profissões da saúde (ou, até, a expressão sintética "a saúde"), consiste em um procedimento de economia verbal.*

*Só isto. Pois este é um dos sentidos particulares com os quais se costuma usar a palavra saúde.*

Os aspectos mais típicos da atividade profissional da medicina serão tratados em outro capítulo, dedicado às condutas médicas centradas na sua atividade social como atividade econômica e institucional. Essa dimensão econômico-financeira da atividade médica e da consciência profissional dos médicos será repassada um tanto ligeiramente aqui, porque deverá ser melhor vista em trabalho ulterior. Ainda que se deva ter presente que a forma pela qual uma pessoa ganha a vida costuma influir poderosamente sobre ela: suas ações, suas ideias, seus julgamentos, seus valores, seus sentimentos. Contudo, este é o território de ciências como a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia e a Economia; especialmente da Psicologia Médica, da Sociologia Médica, da Antropologia Médica, da Economia Política aplicada à Medicina e da Economia da Saúde.

Dentre todas as formas de trabalho social, a profissão é o que compromete mais profundamente os que trabalham com a socialidade; compromete-os em suas interações com seus pacientes, com seus colegas e com a sociedade. Até nas relações de um profissional consigo mesmo, esta dimensão coletiva do trabalho profissional se mostra relevante, como acontece quando se reflete em seus compromissos deontológicos. O exercício de uma profissão predefine e predetermina muitas condutas individuais e sociais de seus agentes por variados caminhos e nas mais variadas situações. Na maioria delas, seu primeiro moto, é o interesse material; seguem-se os psicossociais. Não somente no que depende da existência de normas técnicas elaboradas para dirigir o comportamento técnico e tecnológico, mas normas de comportamento individual e, principalmente, social. Estas últimas são as normas morais e éticas.

*A importância do trabalho na consciência e na conduta das pessoas, inclusive dos médicos, infere-se da importância que o meio de ganhar a vida desempenha na existência e na consciência de quem trabalha para sustentar-se e dos que dependem dele.*

*Pelo menos grande parte da alma de uma pessoa se distribui entre seu coração, seu estômago e seu bolso, já se disse. Entre seu bem-estar e sua segurança. Principalmente, ainda que não apenas, em sua segurança social, sua "seguridade" (como se denomina a segurança social e previdenciária).*

A consciência profissional, como se denomina o senso que os profissionais de uma profissão têm e devem ter de seus deveres e direitos ante seus clientes e a sociedade por causa de sua condição de agente daquela profissão, influi e modela sua conduta com seus colegas. A consciência profissional pode ser entendida como forma da consciência social que se manifesta nos indivíduos. Neste sentido, de certa maneira, a consciência profissional é uma das formas pelas quais a coletividade como que se introjeta na mente individual de um de seus componentes, conformando-lhe ideias, juízos e atitudes, criando-lhe ou robustecendo seus valores, condicionando suas condutas manifestas, definindo seus propósitos e dirigindo suas ações. O que se reflete no exercício mais ou menos consciente da profissão.

A consciência de cada profissional é a maneira pela qual os indivíduos expressam esse fenômeno social, principalmente na conduta pessoal e profissional.

A formação da consciência profissional é, ao menos em grande parte, um esforço cognitivo como os demais, mas sofre forte influência da afetividade e do caráter. Chega-se a ela após conhecer os objetivos de sua atividade profissional, suas motivações essenciais e os recursos pessoais e materiais mínimos que exige. E de se capacitar para a escolha dos meios para alcançá-los. E de vivenciá-la. Não apenas de experimentar sua prática. A vivência é entendida como a experiência carregada de afetividade. Pode-se ter uma mesma experiência prolongada ou repetidamente, sem que haja uma vivência.

A consciência profissional se manifesta em um conceito vivenciado que se confunde com o de consciência do profissional (na qualidade de sensor moral que a pessoa tem da moralidade de

suas ações, quer profissionais ou não). De todos os profissionais como corporação e de cada um deles individualmente. Consciência entendida como sentimento de adequação da conduta. Senso de adequação comportamental que se expressa no senso de que algo está ou é certo ou errado, que é bom ou mau para alguém em determinada situação ou que pratique uma dada conduta. Seja a prática de uma conduta técnica, administrativa ou humana.

A consciência profissional das interações sociais possibilita exercitar a sensibilidade que permite à pessoa reconhecer que alguma ação ou reação humana deva ser configurada como um bem ou como um mal; como adequada ou inadequada a certas circunstâncias do ponto de vista dos indivíduos ou da sociedade. Enfim, que se configura uma boa ação ou uma má ação para a imagem da profissão e do profissional. Estes são aspectos importantes da consciência social, que também está presente nas cogitações dos profissionais.

Destarte, o que se denomina atividade profissional baseada na *consciência do profissional* consiste na automatização de atitudes, valores, julgamentos e modelos de atividade exigidos de um agente profissional pelo exercício de sua profissão – que de tanto serem repetidos como atos voluntários, se automatizaram. Automatização que não se resume à repetição mecânica de certos comportamentos, Mas que resulta aquisição e consolidação de atitudes morais, avivamento da consciência moral. Trata-se de algo mais que a consciência-vigilância de um profissional, que lhe permite perceber com clareza o que está situado em seu campo sensorial, como se pode verificar.

Um dos propósitos deste trabalho é ser instrumento da difusão dessa consciência profissional, pois esta pode ser considerada a alma de toda profissão. Consciência profissional que se apresenta com duas dimensões necessariamente interativas e complementares: uma, técnica e outra, ética. A consciência do profissional encerra a consciência de seu lugar naquele sistema social, os papéis sociais que deve representar e as condutas características que as

pessoas esperam dele em sua existência social. Enfim, saber qual o lugar que ocupa no meio social e o que dele se espera que faça. Mas, principalmente, a consciência (e o sentimento) de seu dever.

A consciência do profissional, tal como esboçada aqui, fornece a rota e o modelo do desempenho de quem exerce uma atividade profissional e busca fazê-la com correção técnica e ética. A consciência e a prática técnica de um profissional preparado se combinam a seu desempenho e imagem profissional. Isto é, sua conduta se comunica intimamente com aquela profissão entranhada, simultaneamente, em sua consciência individual e na consciência social de seus circunstantes, de sua cultura (ou subcultura, de sua geração). Isto é, o médico sente que deve agir como médico, da mesma maneira que as pessoas esperam que ele assim aja. Tal qual ocorre com a medicina e com as demais atividades ocupacionais – nas quais o trabalhador faz a ocupação ao mesmo tempo que a ocupação realiza o trabalhador.

> *No que é essencial, não basta que um médico seja formado em medicina e registrado no conselho regional de medicina, precisa pensar, agir e sentir como médico. E isto demanda aprendizado cuidadoso e longa experiência assinalada pela autocrítica.*

Na maior parte das profissões a sociedade só exige de seus agentes o cumprimento dos modelos de conduta típicos daquela atividade, que lhes são prescritos nas situações específicas de seu trabalho, no desempenho de seus papéis profissionais. O que muitos chamam a *imagem angelical* daquele trabalho, sua imagem ideal, o que e como ela deve ser. Além do respeito a esta imagem ideal, a sociedade exige dos praticantes das profissões em geral apenas o respeito pela ética geral da vida social, que deve valer para todas as pessoas, em todas as situações sociais. A não ser em raríssimas situações, esses profissionais só respondem ante seus organismos de controle pelas condutas por eles assumidas no exercício estrito da profissão. Contudo, há cinco exceções reconhecidas em toda parte a esta regra: o sacerdócio, a magistratura, a docência, a vida militar e a medicina. Destes cinco tipos de profissionais, se espera que, além de conduta social exemplar, mantenham-se fiéis aos

cânones de suas profissões em todos os momentos, mesmo fora do trabalho.

Os requisitos comportamentais impostos aos médicos se assemelham à exigência de bravura e desapego à vida que todos esperam dos soldados. Exigências que a sociedade impõe a quem ocupe determinados estatutos e que, por causa dele, devem agir de um certo modo, desempenhar certos papéis e se abster de outros. De um militar, espera-se que seja patriota em todas as circunstâncias. Dos médicos, espera-se conduta humanitária. Exigências que existem em todas as culturas e nas quais os médicos figuram como os profissionais mais cobrados por seus deveres diante da sociedade, tanto no desempenho de seu ofício como fora dele. Mas não é só a sociedade e seus pacientes que exigem muito dos seus médicos. É de se esperar que eles próprios exijam de si. E devem fazê-lo. A autoexigência e a autocrítica são pilares da consciência profissional dos médicos.

Todas as sociedades exigem mais da conduta dos médicos do que dos agentes de outras profissões. É assim sempre ou quase sempre. Afinal, não há profissional que lide com objeto de trabalho mais precioso que ele e poucos precisam mais que ele da confiança de sua clientela em sua capacidade técnica e em seu desempenho ético. A saúde e a vida de seus pacientes estão em suas mãos e isto não pode ser ignorado ou ter sua importância minimizada. Se estas exigências sobre a conduta não decorrem de uma postura ética humanista, necessitam ser impostas por esperteza. As noções econômicas de recursos humanos e capital humano impõem esta medida aos mais utilitários. Os mais humanos preferem se estimular com ideias de moralidade e solidariedade. Não há poder político legítimo que se dispense do dever de zelar pela vida, a saúde e a felicidade das pessoas.

Já os ilegítimos ...

Entretanto, as exigências endógenas costumam ser mais imperiosas que as exógenas. Cada médico deve exigir muito de si mesmo em benefício de seu trabalho e de seus pacientes. Quanto mais,

melhor. Porque para as mazelas das enfermidades não há limites. Nem para o sofrimento. O sentimento do dever para com a humanidade representada em cada paciente há de ser o componente mais valioso (e mais valorizado) da consciência profissional do médico. A tal ponto que a obrigação de abnegação diante do paciente e de solidariedade individual e social com as pessoas que sofrem se apresenta como um traço saliente da identidade do médico. Sem favor nenhum. Essa atitude básica do médico é o fator mais importante de sua imagem pública positiva, de seu prestígio na sociedade. O saber científico e humanista, além da habilidade técnica e científica, tem tanta importância para a imagem do médico quanto a de solidariedade, honradez e abnegação que transpire de suas condutas e se fixe na consciência de seus contemporâneos.

**Autocrítica hipocrática. Conselho de Hipócrates aos médicos**

Não permitas que o sono cerre tuas pálpebras ao te deitares ... sem que hajas examinado a razão de todas as tuas ações no dia que passou... Em que agi mal? O que fiz eu? O que deixei por fazer e o que deveria ter feito?... Se neste curto exame encontrares algo que hajas feito mal, repreende-te severamente por isto.

A relação entre o paciente e o médico é uma interação *sui generis* por muitos motivos. A vulnerabilidade particular do doente nesta situação é tida como um dos mais importantes entre eles. Na relação médico-paciente o padecimento torna o paciente mais vulnerável do que na maior parte das relações dissimétricas entre duas pessoas. Nela, quase sempre o paciente desempenha o papel da parte mais fraca. Razão pela qual a responsabilidade do médico assume proporções bem mais vastas que nas outras interações sociais que as pessoas experimentam. A necessidade que o doente sente de confiar no médico é muito imperativa e faz com que este se obrigue a sentir-se muito comprometido com o dever do sigilo profissional.

Neste ponto da narrativa deste tema, convém notar que o sofrimento do paciente pode se dar em duas dimensões distantes mas frequentemente interativas: a dimensão objetiva e a dimensão subjetiva.

Objetivamente, o sofrimento do paciente se expressa pelos sintomas objetivos que o doente apresenta e pelos impedimentos que estes sintomas ocasionam em seu corpo, especialmente os que transtornam seu desempenho pessoal. Subjetivamente, destacam-se o sofrimento psicológico (que os mestres franceses denominavam de dor moral). Não apenas as sensações dolorosas de caráter físico, mas outras manifestações da subjetividade, dentre as quais podem ser mencionadas o medo, a vergonha e a insegurança que a condição de saber-se doente determina na pessoa afetada por aquela condição.

Contudo, não se deve supor que o sofrimento íntimo do paciente decorra unicamente da visão científica da condição clínica. Muitas emoções (vivências relacionadas com a satisfação ou a frustração de necessidades biológicas) e sentimentos (vivências relacionadas com a satisfação ou frustração das necessidades sociopsicológicas) sem base na realidade podem atormentar os doentes com intensidades que variam de leve incômodo a profundo padecimento. Preconceitos religiosos, sentimentos de culpa, de insuficiência ou de impotência, dentre outros, podem determinar grande ampliação do sofrimento subjetivo do doente com base na sua enfermidade.

**Conselhos de Esculápio a um jovem que desejava estudar medicina**

Esculápio teria sido um médico grego do período religioso. Depois de sua morte foi mitificado e divinizado. Seu culto, iniciado por volta do século VI A.C., se dava em templos para os quais os doentes eram levados para serem tratados. Existiram mais de quatrocentos destes templos no mundo greco-romano, sendo o de Pérgamo o mais famoso e

importante. As ruínas do templo de Esculápio, em Epidauro, ainda existem na Grécia, dando uma ideia da majestade daquelas entidades sociais. Este documento, atribuído a Esculápio, está dirigido há bem mais de dez séculos aos jovens que se iniciavam no aprendizado da medicina, mas guarda ainda hoje notável atualidade e pertinência. Razão pela qual tem sido discutido, ao longo dos últimos séculos, por estudantes e professores das melhores faculdades de medicina do mundo.

"Queres ser médico hoje? Essa é a aspiração de uma alma generosa e um espírito ávido de ciência? Desejas que os homens te tenham como um deus, que alivia seus males e afuguenta seus medos? Já pensaste no que há de ser a tua vida? Terás de renunciar à tua vida privada. Enquanto todos os cidadãos, quando terminam o seu dia de trabalho não são mais importunados, a tua porta ficará aberta a todos; a toda hora, do dia ou da noite, virão perturbar o teu descanso, teus prazeres e tua meditação. Já não terás tempo para dedicar à tua família, às amizades ou ao estudo. Já não te pertencerás mais...

Os pobres, habituados a padecer, não te chamarão a não ser em casos que lhes pareçam muito urgentes. Já os ricos, tratar-te-ão como escravo e, por qualquer indigestão ou constipação, farão com que despertes a toda pressa (para servi-los). Terás que mostrar interesse pelos pormenores mais vulgares das suas existências, decidir o que hão de comer, como hão de andar quando passeiam...

Não poderás mais ir ao teatro ou ficar doente. Hoje, és exigente na escolha de teus amigos, procuras pessoas de talento, artistas e espíritos delicados (com quem conviver); a partir de agora não poderás evitar indivíduos aborrecidos, de pouca inteligência e desprezíveis. Prolongar vidas nefastas é o segredo da tua profissão.

Tens fé no teu trabalho para conquistar tua reputação. No entanto, não te julgarão pela tua ciência; mas por casualidades

do destino, pelo corte da tua roupa, pela aparência da tua casa, pelo número de teus criados.

Sentes a paixão da verdade e já não a podes dizer. Terás de ocultar, a alguns, a gravidade de seu mal; a outros, a insignificância (deles). Terás que ocultar segredos, mesmo deixando parecer que és ignorado, enganado e cúmplice.

Não contes com agradecimentos; quando o doente cura, a cura se deve à sua própria robustez; mas, se morre, foste tu que o mataste. Enquanto está em perigo, trata-te como a um deus, suplica-te, promete-te (tudo que imagina poder seduzir-te); quando estiver em convalescença, (já) passas a incomodá-lo. E quando (mesmo curado) trata-se de te pagar, fica ainda mais diferente. Quanto mais egoístas são os homens, mais cuidados exigem.

Não penses que esta profissão te tornará rico. É um sacerdócio.

No teu trabalho todos os teus sentidos serão maltratados. Terás que encostar teus ouvidos em peitos sujos e suados; respirar maus odores, palpar tumores, limpar chagas cheias de pus, contemplar urinas...

Na rua, nos banquetes, no teatro (e até mesmo na cama), pessoas desconhecidas ou conhecidas se aproximarão de ti para te contar suas moléstias e te pedir algum remédio. O mundo te parecerá um imenso hospital, uma assembleia de queixosos (e de sofredores). Tua vida transcorrerá na sombra da morte, entre as dores dos corpos e das almas, dos duelos de hipocrisia e daquilo que imaginas existir nas cabeças dos agonizantes. Ser-te-á cada vez mais difícil conservar uma visão otimista do mundo.

A consciência de aliviar males há de te sustentar em tuas fadigas, mas terás de decidir se deves manter vivos homens atacados por males incuráveis, crianças com enfermidades que lhes tiram qualquer possibilidade de ser felizes, ou aqueles que transmitirão sua triste vida, tornando-os ainda mais miseráveis.

Depois que, a custa de muito esforço, prolongaste a vida de velhos e crianças disformes, virá uma guerra que destruirá os sadios e os fortes. Então encarregar-te-ão de separar os fortes dos fracos, enviando os fortes para a morte.

Pensando bem, ainda tens tempo de sair disto. (Procurar coisa mais saudável para fazer e vida melhor para viver.)

No entanto, se tu conseguires ser indiferente à riqueza, aos prazeres, à ingratidão, mesmo sabendo que estarás sozinho entre as feras humanas; se tendes  a alma bastante estóica para encontrar satisfação no dever cumprido sem qualquer ilusão; se te julgares bem pago com a felicidade de uma mãe (a quem devolveste o filho), com (a contemplação de) lábios que podem sorrir porque já não sofrem, com a paz de um moribundo a quem conseguiste ocultar a chegada da morte; se anseias em conhecer os homens e penetrar em toda a tragédia que pode haver em seu destino (e conservar fidelidade a ti mesmo e aos teus princípios), então, faz-te médico hoje mesmo (se já estiveres pronto).

Esta carta de Esculápio chama a atenção das pessoas que querem ser médicos a avaliarem com cuidado sua vocação, a vocação médica. Pois esta, se não for a única, há de ser a mais importante motivação válida para dirigir alguém para o exercício da medicina. Esta profissão costuma ser muito dura e difícil. E pior, para quem não está adequadamente vocacionado para ela.

## O porquê da existência dos médicos

Por que e para que existem médicos? Por que e para que todas as sociedades investem neles, em sua formação, manutenção e aperfeiçoamento? Por que existe (ou deve existir) tanto controle na capacitação e no exercício da profissão médica? Será que este controle deveria existir mesmo? Por que os médicos devem deter o monopólio da atividade médica? Não seria razoável que aquela atividade pudesse ser praticada livremente por qualquer

um que se sentisse capacitado e merecesse a confiança de quem dele necessitasse? Como quiseram os positivistas, autores da primeira Constituição republicana brasileira? E que apenas o mercado representado pela clientela decidisse que deveria exercer este papel para si? Estas são as principais perguntas embutidas neste item e que existem claramente ou subjacentes a muitas polêmicas públicas, ainda que pareçam ter outra feição.

> *E como querem atualmente muitos gestores preocupados com o custo da assistência médica. Mas que sempre a procuram quando eles próprios ou um dos seus adoece.*

A vida em sociedade implica em vantagens e desvantagens para os que a experimentam. Os humanos atuam mais ou menos consciente e voluntariamente, enquanto os demais animais gregários agem movidos pelas possibilidades de seu repertório de comportamentos instintivos. Ao menos por princípio, pretende-se que os humanos organizam sua atividade coletiva para melhor atender às suas necessidades, e a organizam em comunidades em busca da garantia de satisfação de suas necessidades individuais e sociais, principalmente as de segurança e bem-estar.

A busca do bem-estar individual e coletivo é o grande motivo das condutas pessoais e da existência e da organização das comunidades humanas. Os Estados só existem, com todos os seus muitos defeitos, para proverem as necessidades de segurança e desenvolvimento individuais e sociais para seus cidadãos; para protegerem os fracos dos fortes e para mobilizar a influência comum em favor de todos.

O que ocorre na realidade vivida é que a sociedade privilegia alguns de seus membros em detrimento dos demais, quando se trata de promover o bem-estar.

> *Não é verdade que o povo organize os Estados apenas em benefício dos banqueiros. O bem-estar, individual ou social, inclui necessariamente a satisfação das necessidades de saúde e segurança.*

*A necessidade de evitar as enfermidades e, principalmente, a necessidade de cada pessoa receber tratamento mais adequado no caso de sofrer um ferimento ou de contrair uma enfermidade aparece muito frequente e precocemente na consciência dos indivíduos e das coletividade humanas.*

*As noções de seguridade social e de segurança social se misturam de modo indeslindável como um único processo político e os médicos estão profundamente vinculados a isso.*

Os médicos e a medicina terão surgido como agentes do instrumento tecnológico conhecido como mais eficaz para prevenir o aparecimento e combater a evolução das enfermidades – e melhorar a condição de vida e bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Mas, não surgiram espontaneamente, existem como ato de vontade individual e coletiva e como expressão da necessidade de recuperar a saúde, de ser tratado, se isso se fizer necessário. E isso não se faz sem médicos.

Talvez, de todas as formas de tecnologia de aplicação individual, aquelas cuja investigação está mais submetida a normas e regras restritivas e sob controle da sociedade sejam as técnicas relacionadas com a medicina e a investigação médica. Da mesma maneira que é altamente improvável que se encontre alguma outra corporação profissional brasileira que puna maior número de membros seus por imperícia, imprudência, negligência e outras transgressões (coisa quase unicamente médica), por deixar de usar todos os meios ao seu alcance em benefício de seu cliente ou por se aproveitar ou abusar da vulnerabilidade dos doentes ou de seus familiares.

Os médicos existem porque as pessoas e as sociedades necessitam de seu trabalho profilático, diagnosticador, curativo e reabilitador. E devem ter o monopólio da atividade diagnóstica e terapêutica das pessoas porque são especificamente preparados para este mister. E porque, se isso não existisse, todas as pessoas seriam colocadas em risco. Imagine-se que alguém, com uma dor na perna causada por neoplasia ainda inaparente à inspeção, procurasse

o profissional não médico incapaz de identificar essa enfermidade e fosse tratado com meios físicos incapazes de deter a marcha de sua grave enfermidade. Ao contrário, dissimulando-a. A situação de risco e a possibilidade de dano é evidente.

Praticamente, todas as atividades laborais dialeticamente resultam da contradição entre as necessidades e as possibilidades humanas das pessoas nelas envolvidas. Das pessoas desejosas de obter um bem ou um serviço em sua interação com aquelas outras pessoas que podem produzir o objeto de sua necessidade. Nesse caso, considera-se legítimo que o produtor fomente a consciência da necessidade da clientela potencial por meio da propaganda, de modo a vender mais o objeto ou serviço que produz. Ou que estimule a necessidade de seu produto pelos métodos que puder empregar. Pois isto é da natureza de toda propaganda – mobilizar a consciência da necessidade e da possibilidade de ser satisfeito em melhores condições. Menos o médico.

Qualquer médico que assim agisse seria punido por seus organismos de controle. Como são punidos aqueles que transgridem esta regra. Deve-se evitar o emprego exclusivo da lei econômica da oferta e da procura para programar as atividades da medicina, ao menos quando se tratar do trabalho médico individual ou quando beneficia o médico. Não seria humano que os médicos aumentassem o preço de seus serviços em momentos de catástrofes naturais ou sociais.

Na verdade, não está ao alcance do médico livrar-se da influência da lei econômica da oferta e da procura, quando ela o alcança. Contudo, não se deve dirigir por ela, mas deve procurar atender à melhor tradição médica multimilenar, que o proíbe de confundir seu trabalho com o comércio. Não é que a medicina não deva absolutamente ter uma dimensão mercantil, porque tem. A medicina não deve ser exercida predominantemente como comércio, como um negócio tal qual qualquer outro, muito menos ainda como uma atividade exclusivamente do mercado, por mais que a cultura contemporânea a empurre neste sentido.

Os médicos e os pacientes devem resistir a isso porque sua dimensão humana  deve ser soberana. A atividade médica sequer deve ser tida como atividade social preferentemente econômica. Seu caráter solidário e humanitário deve se superpor ao técnico-científico e ao mercantil. Por conta da preciosidade de seu objeto, a medicina deve ser uma atividade preferentemente humanitária. Ao menos é isto  que a sociedade espera dela. Por isso, os organismos corporativos da medicina devem estabelecer limites razoáveis ao valor dos honorários. Da mesma maneira que devem impedir que o trabalho dos médicos seja explorado para financiar especuladores privados ou governamentais. Estas duas providências deontológicas devem se compensar na prática da profissão.

> *Por exemplo, tem sentido que os organismos organizadores da profissão médica admitam que o governo remunere a consulta médica com valor menor que o pago para engraxar um pé de sapato? E será crível esperar que esses governos que estão aí se disponham a corrigir espontaneamente esta distorção que eles mesmos criaram? Será que neste país alguma conta que não pague comissão será paga com naturalidade? Por que as agências de publicidade, as empresas prestadoras de serviço e as empreiteiras são tão importantes e influem tanto nas decisões do governo e nas políticas públicas que implementam? Por que no Brasil todo e qualquer serviço público que pretender colocar um anúncio em um órgão da mídia terá que fazê-lo por intermédio de uma agência de publicidade e um serviço de assistência médica pode funcionar sem médico?*
>
> *Quando estas perguntas forem adequadamente respondidas, emergirá por encanto a resposta que explicará a desimportância dos serviços médicos nos tempos que correm. De volta ao tema principal.*

A publicidade dos serviços médicos não pode nem deve faltar com a verdade, nem ser dirigida para destacar o resultado do trabalho individual de um profissional da medicina às custas da desinformação ou, o que também é muito importante, da diminuição ou do menosprezo dos colegas. Além de verdadeira no conteúdo, toda publicidade médica deve ser de bom gosto, mas

também importa que siga as recomendações das entidades médicas sobre propaganda. A publicidade médica precisa ser diferente da de uma fábrica de cigarros, de uma marca de salsichas ou de um candidato político. Deve ser moderada, discreta. Deve ser uma espécie de antipropaganda. Porque a melhor propaganda de um serviço médico deve ser a que o paciente satisfeito faz. Fenômeno que produz tendência a aumentar a clínica de forma constante e coerente.

> *Os médicos que fazem muito sucesso devido à propaganda imoderada, em geral, também são vítimas do esvaziamento rápido de sua clientela. A expectativa frustrada produz efeito contrário ao pretendido pelo propagandista. O milagreiro fracassa depois de um momento fugaz de êxito aparente.*

A publicidade médica deve ser diferente das demais porque se inclui na relação médico-paciente. E a relação médico-paciente deve ser diferente das relações comerciais e das outras interações comuns que se processam no mercado de serviços? O serviço médico não é uma mercadoria típica (ou, ao menos, não deve ser), embora contenha uma faceta mercantil. Dá-se coisa análoga com o interesse a ser atendido prioritariamente nesta interação. O interesse do médico? Ou o do paciente?

Em geral, nas atividades mercantis o prestador do serviço atende primeiro às suas próprias necessidades, e a seguir as demandas provenientes da clientela. Mesmo as razões mercadológicas (a não ser que muito grandes) submetem-se a esta consideração. Menos o médico– o qual tem o dever funcional de priorizar o interesse do paciente frente a todos os demais, principalmente nas situações de urgência e emergência.

O princípio ético da abnegação médica é um dos valores mais importantes da medicina desde sua origem na antiguidade mais remota. Exercer a medicina implica em deveres e responsabilidades impostas aos seus agentes, os médicos, pela sociedade e por eles mesmos. Principalmente pelos organismos controladores da atividade profissional. Tais responsabilidades costumam ultrapassar

os limites da responsabilidade comum dos outros prestadores de serviço. Nenhuma outra profissão, em todos os lugares, controla tanto o trabalho de seus agentes quanto a medicina. Os cuidados médicos, a assistência médica, a atenção médica ou o atendimento médico são serviços essenciais para as pessoas e para todas as sociedades em todos os momentos históricos. Atividade que atualmente envolve recursos muito mais numerosos que apenas o trabalho dos médicos, diga-se com franqueza. Os médicos são incapazes de prestar assistência médica sozinhos, ainda que não se possa fazer assistência médica sem eles. (O que parece muito óbvio, mas não é.)

Ninguém e nenhuma comunidade pode prescindir de serviços médicos por muito tempo sem grave comprometimento de sua segurança, a não ser em estágios muito primitivos de seu desenvolvimento. Em certos casos individuais e bastante raros, algumas pessoas podem ir do berço ao túmulo sem necessitar serviços médicos com alguma premência, sobretudo se morrerem cedo. Mas não é possível prever as pessoas nas quais isto deverá acontecer, da mesma maneira que não se pode prever em que parturiente haverá uma complicação obstétrica. A responsabilidade dos médicos decorre dessa imprevisibilidade, além do caráter urgente e premente que assume a necessidade dos serviços médicos.

A ética médica foi a mais antiga expressão de um compromisso moral de uma profissão com a sociedade. Depois dela, muitas outras a seguiram. A ética profissional foi uma criação dos médicos. A ética médica e o modelo de intervenção técnica da medicina induziram o surgimento de normas técnicas e de regras de conduta semelhantes em todas as atividades profissionais e não apenas na área dos serviços de saúde, ainda que em umas a vinculação seja mais evidente. Essa influência se nota nas profissões que nasceram em torno da medicina – por isso, chamadas para (= ao lado) médicas. Hoje, praticamente toda profissão tem seu próprio código de ética profissional (todos inspirados ou copiados do da medicina, diga-se de passagem). Pode ter sido a partir deste modelo médico de ética que os profissionais de saúde deixam de dispor

de si mesmos segundo seus interesses; a exemplo dos médicos, devem priorizar o interesse dos doentes sobre os seus próprios. Essa atitude laboral gera responsabilidades proporcionais para a medicina e os médicos. Responsabilidades que nem sempre são bem entendidas por eles mesmos ou pelos outrens.

A principal responsabilidade do médico frente à sociedade é o dever primário de servir. Não apenas porque produz serviços. Muito mais que isto, a medicina é uma profissão a serviço da humanidade. Se deixar de ser (se lhe tirarem isto ou se parecer que deixou) perderá seu encanto e se reduzirá a uma prestadora de serviço. E o médico, um agente econômico comum, como pretendem os áulicos do neoliberalismo. Esta seria a grande desumanização da assistência médica. Posta em movimento, findará com o médico equiparado a qualquer outro agente social que troque serviço por dinheiro no mercado. Coisa que, ressalte-se, violenta toda sua tradição, sua ética, sua formação histórica e seu compromisso profissional.

A tão denunciada desumanização da relação médico-paciente nos tempos que correm há de estar radicada em qualquer dos polos desta díade, ou em ambos. A desumanização pode acontecer graças à perda da consciência social ou individual acerca do caráter especial do exercício da medicina e que está sendo induzida (e até empurrada) nos médicos pelo ambiente impregnado de neoliberalismo. Fato que pode ser debitado, principalmente, à contaminação dos médicos pelo mercantilismo que assola a sociedade, pelo burocratismo e pelo tecnicismo, incutidos pelo espírito consumista, egoísta e imediatista da cultura atual. Mas a desumanização pode decorrer da vulgarização da imagem do médico.

A sociedade contemporânea se deixa conduzir por valores individuais e individualistas. Valores que conformam uma ideologia cada vez mais centrada no ego, nos próprios interesses, com descaso maior ou menor pelos interesses alheios. Esta ideologia também fomenta e nutre a ideologia que entende a sociedade somente como soma de indivíduos. Assim, a noção de identidade coletiva perde a razão de ser.

Convém ter presente que as condutas sociais dos indivíduos e, principalmente, as atitudes dos médicos para com os deveres que a sociedade lhes atribui são fatores determinantes do juízo que a sociedade faz sobre eles e como são retribuídos. Mas também são respostas dos médicos (como de todos os outros profissionais) aos estímulos que recebem da sociedade. A desumanização da sociedade contamina tudo em seu interior.

> *Caso os médicos sejam tratados como comerciantes, hão de se conduzir como comerciantes; caso se comportem como comerciantes, serão tratados como comerciantes. Comportem-se como burocratas e receberão tratamento de burocratas. E assim por diante. Esta é uma lei da reciprocidade no convívio social, que atua em todos os sentidos.*
>
> *Contudo, a disposição normal e habitual dos médicos deve ser altruísta e solidária para com quem necessite seus serviços. Mas é preciso ter presente que os médicos pagam cada vez mais caro para trabalhar e, até, simplesmente para existir.*
>
> *Como sucede aos componentes das camadas médias da sociedade. Principalmente os que vivem de seu próprio trabalho ou são proprietários de pequenas empresas.*

Como forma de impedir que a desumanização da sociedade contamine seu relacionamento com os doentes, os médicos devem se comportar como médicos e assim serem tratados pelos demais. Precisa existir medicina, e de boa qualidade. Ao invés disso, há quem pretenda prescindir da medicina como atividade sanitária (por mais insana essa ideia pareça). Mais que qualquer outro setor da sociedade, os médicos precisam se orgulhar de sua profissão. Apesar de hoje ser impossível sequer pensar em assistência à saúde humana sem médicos, sem estes agentes sociais especialmente preparados para diagnosticar doenças e tratar ou orientar o tratamento dos doentes. Ou, por outro lado, sem que todos esses agentes sejam submetidos a preparação humana e técnica ao menos semelhante e igualmente baseada nos valores humanos e fundamentada na ciência. Porque não basta que alguém seja chamado médico, para o ser de fato; não se deve confiar as tarefas

médicas a médicos despreparados. O que pode ser uma manobra para os médicos não reagirem à exploração desenfreada a que estão submetidos.

*Examinar bem para bem diagnosticar e diagnosticar bem para tratar com eficácia*. Este aforismo encerra a essência do trabalho médico e fundamenta todas as atividades técnicas. Sob qualquer ótica, pode-se afirmar que a medicina só existe porque existem médicos e que só existem médicos porque existem doentes. Os médicos existem porque há doentes a tratar, doenças a conhecer (para reconhecer, para evitar e para doentes curar) e muitas mazelas humanas a prevenir, muito sofrimento a minorar. E isso criou uma demanda específica para algum agente social que diagnosticasse as doenças e, assim, pudesse tratar mais adequadamente os doentes.

Todas as profissões, inclusive a medicina, têm uma dimensão histórica que não pode ser desconsiderada. Tudo indica ter havido, na antiguidade remota, algumas culturas razoavelmente desenvolvidas sem médicos, como em certas épocas na Babilônia. Isto é, sem agentes sociais formalmente credenciados para diagnosticar enfermidades e tratar enfermos. Em geral, muito tempo antes de existirem os médicos, tal como definidos acima, já existiam indivíduos que a sociedade credenciava para tratar os doentes – o que se poderia muito bem chamar de protomédicos, caso haja pretensão de rigor nessa denominação.

Os agentes sociais que precederam os médicos em seu trabalho, categorias em que se incluem os xamãs, os feiticeiros, os magos, os sacerdotes e outros muitos tipos de curandeiros que tratavam os doentes, empregando os meios ao alcance do saber existente para fazê-lo, sem qualquer possibilidade de controle dos resultados, mais que sua impressão pessoal assistemática. O importante é que aqueles agentes sociais que curavam os doentes eram reconhecidos como os mais capazes, de acordo com os conhecimentos daquele lugar e época.

Em geral, os curandeiros empregam recursos empírico-espontâneos e procedimentos mágico-supersticiosos, sem qualquer fundamentação verificável ou verificada cientificamente. Isto é, testada pelos métodos mais confiáveis que se conheça. Na avaliação da demanda de serviços médicos, como em qualquer outro tipo de assistência, há que se considerar dois níveis distintos do processamento assistencial: o das necessidades da população e o das possibilidades do mercado.

Em todo o mundo subdesenvolvido a necessidade de cuidados médicos dos enfermos costuma ser maior do que as possibilidades financeiras da maioria; a maior parte das pessoas não pode pagar pelos serviços de que necessitam. Esse hiato existente entre as necessidades da sociedade e as possibilidades do mercado estabelece o espaço de grandes e pungentes disputas nessa área de atividade social. Mas este problema é político e não técnico ou administrativo. Só pode ser resolvido politicamente quando se define a qualidade do Estado como agência de bem-estar.

A existência real da pessoa na sociedade. sua condição social (muito mais que a qualidade de vida ou qualquer outro indicador subjetivo), tem sempre uma dimensão sanitária e médica, como mostram as enfermidades da riqueza e as da pobreza. A injustiça e a justiça sociais também. Mas os médicos não são culpados pelas mazelas sociais e econômicas. A necessidade, diz-se, é a mãe da invenção.

Muitas vezes, o povo fabrica a solução de seus problemas premido pela necessidade e mais ou menos espontaneamente. Como sucede em todas as diferentes sociedades. Mas isto está sempre subordinado às possibilidades e recursos disponíveis. Qualquer pessoa pode se aventurar a tratar doentes, sem que isso implique em qualquer restrição, controle ou responsabilidade nas sociedades primitivas, em culturas bastante subdesenvolvidas e nos grupos culturais mais atrasados das sociedades contemporâneas. Basta-lhe a fé do doente ou de alguém de sua família. Só a confiança dos doentes determina a legitimação da prática curandeira, não

se exige qualquer prova de efetividade de sua “prática”. Em geral, a confiança dos doentes está assentada na confiança que depositam na “técnica” mais eficaz e efetiva que estiver disponível na sociedade ou, mais especificamente, na subcultura à qual aquele paciente esteja integrado. Da mesma maneira que confiam na magia nas culturas (ou subculturas) pouco evoluídas humanística e tecnicamente, o sobrenaturalismo e o empirismo assistemático assumem a vanguarda da opinião pública. Com todas as consequências que isto pode produzir. Nas sociedades desenvolvidas também pode ocorrer o predomínio da atitude supersticiosa, mas é necessário que isso se dê sob um rótulo de religião.

Nesses estamentos primitivos tais procedimentos sem controle (responsabilidade) não costumam ser sancionados negativamente. Ao contrário, podem ser louvados e estimulados. Basta que o doente acredite para que o “tratamento” seja tolerado e tenha alguma possibilidade de êxito. Isso acontece porque o seu cuidado se limita ao apoio e utilização de recursos cujo emprego todos apoiam porque neles acreditam. Não depende de conhecimento especializado comprovado, nem de tecnologia controlada. Principalmente isto, não há qualquer forma de controle da eficácia. Atualmente, tal negligência técnica só seria tolerada como parte de um ritual religioso, dentro de certos limites, mas que não envolvam recebimento direto e óbvio de dinheiro como remuneração direta do trabalho. Já indiretamente, esta remuneração pode e costuma se dar, ainda que com ar de doce constrangimento.

*A necessidade tem cara de herege*, diziam os antigos, apontando para a falta de opções superiores (éticas e estéticas) nos processos decisórios de quem não tem assegurada sequer a sobrevivência imediata, quanto mais a do próximo ano. Nas sociedades muito atrasadas, nas quais o trabalho médico não esteja regulado nem fiscalizado adequadamente, a escolha de quem irá prestar um serviço médico depende somente da necessidade do doente, de sua confiança e da interação interpessoal que possa construir com quem escolha para ser seu *cuidador* (mesmo que seja o mais incapaz dos curandeiros). Nessas populações carentes de cuidados,

é comum que a escolha do cuidador torne-se questão de fé por parte do enfermo ou de seus responsáveis. Independe de conhecimento e da preparação de quem o trate.

A credibilidade dos charlatões e dos curandeiros é proverbial em todo o mundo e este fato já foi bastante comentado e estudado. Mas como isto tem sido explicado? Muitas vezes, as parteiras leigas e os curandeiros surgem como respostas improvisadas às necessidades dos destituídos de assistência médica adequada. Pois sua ação pode ser menos má do que nada.

Os curandeiros prosperam nos locais pouco desenvolvidos e, na maior parte das vezes, cuidam dos pacientes que não têm acesso à assistência médica de qualidade ou daqueles com enfermidades para as quais as ciências médicas não têm resposta eficaz, suficiente ou adequada. Ninguém procura um curandeiro para se tratar se dispuser da possibilidade de servir-se de recursos médicos adequados. Nem os próprios curandeiros, a não ser os pouco fanáticos e desinformados.

Ademais, também pode acontecer que, muitas vezes, o agente do poder público fabrique de modo deliberado (e sempre mais ou menos cavilosamente) alguma assistência ineficaz ou de baixa eficácia para fingir que atende aos pacientes pobres e a apresenta como sucedânea melhor da assistência médica. Pode até batizá-la de medicina, e pode até usar médicos nesta simulação, ainda que geralmente prefira trocá-los por servidores de menor custo. Médicos descalços, agentes de saúde com funções exageradamente ampliadas são exemplos comuns dessa prática.

Entretanto, para realizar estas manobras enganadoras, necessita dourar a pílula, tentando convencer a clientela de que aquela assistência é suficiente e mais indicada para suas necessidades específicas, para suas possibilidades culturais ou, até, melhor do que a utilizada pelos outros doentes. Daí, o cultivo das tecnologias terapêuticas chamadas *alternativas* (pseudomedicinas ou técnicas médicas obsoletas) para enganar a quem não pode pagar pela

medicina, a genuína. Essa conduta fraudulenta não pode nem deve ser minimizada, tanto no plano político quanto no jurídico e no ético, principalmente em se tratando de um gestor público.

Pois, há de se convir, só pode nascer da má-fé.

Ao longo dos séculos, as sociedades humanas têm experimentado diversos instrumentos destinados a substituir os médicos por outros agentes sociais mais ou menos improvisados que realizem ou simulem realizar seu trabalho para tornar menor o custo da assistência à saúde – pois os médicos ganham mais que eles. O que pode ser feito com a finalidade de enganar as pessoas necessitadas ou no afã de prestar algum tipo de assistência aos enfermos mais carentes de cuidado.

Para simular algum tipo de assistência, curandeiros de todos os matizes e qualidades foram cultivados, habilitados, credenciados, estimulados ou tolerados, além das diversas tentativas de institucionalização de agentes sociais precariamente preparados para a tarefa (médicos descalços, agentes de saúde, agentes de enfermagem e outros).

> *O primeiro momento deste engodo consiste em dizer que são equivalentes e, depois, iguais. Que tanto faz um médico como um daqueles substitutos. Tudo para que a clientela aceite a troca sem grandes protestos. Mas os políticos e gestores, estes sempre procuram os médicos de verdade quando precisam. Fenômenos deste tipo coincidiram com a invenção da satisfação da clientela como critério único ou mais importante para avaliar a qualidade de um serviço de saúde. Principalmente porque a população desassistida costuma se contentar com o charlatanismo, o curandeirismo, as práticas curativas supersticiosas e outras que tais.*
>
> *Pode ser fácil enganar pessoas pobres, ingênuas e sem instrução. A esses, é possível convencer que os remédios de ervas são sempre melhores que os da farmácia, principalmente se eles não podem comprar remédios da farmácia...*

*O que não significa que por vezes não sejam.*

*Indicador precioso para avaliar a moralidade dessa conduta é que os autores e patrocinadores de projetos como esses nunca os empregam em seu próprio tratamento ou no tratamento de seus familiares.*

Cada uma dessas e muitas outras tentativas experimentadas representou um esforço para prestar assistência "médica" de segunda classe para pessoas mais pobres e mais necessitadas. Todavia, a História mostra que sempre que as sociedades adquiriram algum grau de desenvolvimento (econômico, técnico e, inclusive, ético) e, por isso, dispuseram de recursos suficientes para atender às necessidades sanitárias, passaram a conhecer melhor o organismo, suas enfermidades e seu tratamento, logo trataram de normatizar a formação dos médicos e disciplinar o exercício da medicina em busca de eficácia e segurança.

Todas as estruturas culturais humanas são criadas à imagem e semelhança dos seres humanos. Inclusive as religiões, as ciências e os recursos da tecnologia e todas as demais. Cada sociedade cria sua medicina e organiza seu sistema de assistência aos enfermos na dependência direta de suas necessidades sanitárias e de suas possibilidades materiais, humanas e financeiras (principalmente econômicas, é verdade, mas também culturais). E distribui esses serviços na medida de sua consciência moral ou de outros interesses. O fato é que o Brasil só fica atrás da Bolívia e do Haiti no que respeita aos recursos orçamentários para a saúde. Porque, ao contrário do que se pensa, a política pode ser moral. Mas não parece.

Acontece que as pessoas das camadas mais pobres da sociedade são as que têm mais carências sanitárias e menos recursos econômicos para supri-las. Inclusive os menos dotados de recursos culturais para enfrentar adequadamente aquela situação. Por isto, estabelece-se o chamado ciclo vicioso de pobreza, enfermidade e falta de assistência. Fatores que se potencializam e agravam permanentemente os problemas sanitários e sociais em um círculo aprisionador das pessoas por ele englobadas. O círculo escravizador de doença e

pobreza deve ser afrontado de todas as formas, com todos os meios e por todos os caminhos. Mas o único que realmente funciona se chama desenvolvimento socioeconômico e cultural. Tudo o mais deve ser entendido como engodo ou autoengano.

Grande parte destes problemas decorre da insuficiência de recursos médicos, da medicina em sentido estrito (como se denomina o cuidado profissional que possibilita alguém a diagnosticar enfermidades, indicar e realizar a terapêutica dos enfermos) e da medicina em sentido lato (entendida como recursos destinados a prestar assistência médica eficaz e efetiva a indivíduos e grupos sociais humanos). Da medicina capaz de oferecer a melhor assistência possível para todas as pessoas em todas as suas necessidades. Nem que seja para curar às vezes, minorar o sofrimento na maior parte dos casos e consolar, sempre.

Em todo o mundo, a corporação médica sempre se mobilizou para contribuir com as políticas públicas de saúde. Costuma-se dizer, e é verdadeiro, que não se pode fazer saúde sem médicos. No Brasil, também não se faz saúde sem explorar os médicos; de um modo ou outro, eles financiam a assistência médica do país há mais de vinte anos. Basta comparar a evolução do custo do cuidado médico com os demais custos dele decorrentes (medicamentos, exames, hospitalização). Sem falar na água, luz e telefone.

> *Os médicos se orgulham da antiguidade de suas normas éticas, de sua organização em prol da sociedade e de sua disponibilidade de servir à humanidade sem discriminação. Não poderão ser inculpados se sua tolerância à exploração chegar ao fim e forem coagidos a resistir. Com os meios ao seu alcance. O aumento do custo dos cuidados com a saúde, combinado ao processo acelerado de concentração de renda que se verifica no mundo inteiro, com a consequente diminuição do número de ricos e aumento do de pobres, com os ricos ficando cada vez mais ricos e os pobres, mais pobres, tende a excluir a maior parte da população dos cuidados médicos necessários. Daí a proposta indecorosa de substituir a assistência comprovadamente como mais efetiva por outra, menos eficaz mas mais barata.*

Deve-se recordar que os médicos, os juízes e os sacerdotes foram os agentes das primeiras profissões instituídas, ainda na Idade Média, vários séculos antes das outras atividades laborais, e também foram as primeiras que tiveram sua formação controlada nas universidades medievais para atender às necessidades sociais. Isto aconteceu por conta da consciência de sua necessidade. No caso da medicina, parece fácil imaginar que teria sido dessa maneira, principalmente para assegurar aos enfermos a serem atendidos o melhor tratamento possível, a melhor possibilidade de receber a melhor terapêutica e os melhores cuidados, de acordo com a evolução do conhecimento em cada época da evolução histórica.

Nos templos do Egito antigo existiam dois *estabelecimentos institucionais* religiosos que serviram de matriz ideológica e campo de exercício para o trabalho médico:

• a Casa da Morte (onde se embalsamavam os cadáveres, porque se acreditava que isso seria essencial para a ressurreição, pois o corpo deveria estar inteiro ao entrar no céu); e

• a Casa da Vida (onde os doentes eram tratados na esperança de afastar a morte e prolongar a vida o tanto quanto possível); que teria servido de modelo para as enfermarias dos templos de Esculápio e Apolo na Grécia, depois imitados pelos *valetudinária* romanos e as enfermarias católicas e muçulmanas na Idade Média. Dando origem aos hospitais medievais na Europa e no Oriente Médio.

A tríplice identidade da medicina, tratada no volume anterior deste trabalho, coloca diversas possibilidades de atividade médica, mas também lhe opõe um sem-número de obstáculos em sua trajetória social. Por conta desta múltipla identidade de sua profissão, a atividade do médico está repartida em três vertentes que devem guardar convergência (mas que podem se desencontrar). Também já se destacou que as vertentes econômica e técnica (ou tecnológica) devem estar subordinadas à vertente humanitária e ética. Não obstante, o que deve ser destacado é a imensa contra-

dição que pode se colocar entre as possibilidades da tecnologia médica, as necessidades sanitárias da população e as possibilidades do mercado de remuneração de serviços médicos. Os governantes que têm o dever de resolver esse problema cuidam do próprio bem-estar.

A sociedade não prioriza a assistência social, por isto tem um volume tão grande de excluídos e mal-assistidos de praticamente todas as vantagens sociais, pois exclui também a possibilidade de receber assistência médica de qualidade para atender às suas necessidades sanitárias. Tal situação finda por colocar um problema a ser resolvido pelo Estado, à medida que lhe foi atribuída constitucionalmente a tarefa de atender às necessidades de saúde de seu povo.

> *O dever de atender às necessidades sanitárias da população é um dos traços mais essenciais do modelo de bem-estar social adotado quando a doutrina socialista ameaçou a política liberalista, que atendia os interesses do patronato. Neste momento, na primeira metade do século XX, o patronato fez numerosas concessões aos trabalhadores. Com o desaparecimento da ameaça política, representada pela possibilidade de socialização, os interesses econômicos impuseram a ideologia globalizadora (o internacionalismo do capital) e neoliberalista (representada pela primazia absoluta dos interesses do capital em suas contradições com os dos trabalhadores).*
>
> *A medicina não pode fugir deste cenário.*

## Os médicos divididos entre a sociedade e o mercado

A necessidade de serviços médicos às pessoas em uma sociedade é sempre maior que a possibilidade que aquela sociedade tem de remunerá-los.

> *Aqui se emprega o termo sociedade como manifestação genérica para abranger todas as pessoas de um Estado. Também, a grosso modo, aqui se divide a sociedade em povo, camadas médias e elite proprietária.*

*No terceiro grupo situam-se os proprietários de seus meios de produção e que empregam outras pessoas cujo trabalho gera suas rendas e/ou especulam no mercado financeiro; nas camadas médias situam-se os empregados com rendimentos acima de oito ou dez salários mínimos, os profissionais autônomos e pequenos empresários com poucos empregados ao seu serviço; o povo reúne o restante da população.*

Quando se planeja a assistência médica, é indispensável que se conheça a população que ela deve assistir e que se estabeleça a necessária correlação entre as necessidades e possibilidades de atendimento. Historicamente, desde os tempos coloniais este problema foi sendo resolvido mais ou menos espontaneamente e havia três sistemas de atendimento sanitário: o dos pobres (assistidos pela saúde pública, cujos serviços estavam estruturados nos níveis municipal, estadual e federal); o dos previdenciários (assistidos pelos institutos de previdência aos quais recolhiam suas contribuições previdenciárias); e o sistema privado (que assistia àqueles que podiam remunerar os cuidados que recebiam de profissionais e serviços autônomos).

Com a Constituição de 1988 o sistema foi radicalmente transformado pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que na prática reuniu a assistência previdenciária à pública (mas o governo também se apossou da contribuição previdenciária obrigatória para todos os trabalhadores e empregadores e deixou de dividir com eles o controle do sistema). Mas também ocorreu outra manobra fiscal curiosa: ao mesmo tempo em que o governo federal assumiu o completo controle do dinheiro da previdência social, empregou seu conhecido poder de convencimento para se apropriar da parte do leão da arrecadação tributária, deixando os estados e municípios no prejuízo.

Os municípios brasileiros, em geral, criados à margem de qualquer outra consideração que a ambição de alguns membros de sua elite econômica e da fantasia de autonomia dos munícipes, carecem de recursos de toda ordem para gerir adequadamente o poder local. Passam a existir como instrumentos do poder estadual e na-

cional. A autonomia municipal é e será uma mentira enquanto o município não tiver arrecadação suficiente para cumprir com seus deveres para com a comunidade. O apelo tentador à autonomia, à independência, é mentira para enganar os tolos.

Simultaneamente, o último meio século assistiu à desnacionalização das empresas produtoras de insumos para a assistência à saúde, das quais a indústria farmacêutica constitui exemplo notável. Geridas por trustes multinacionais, sem qualquer compromisso patriótico ou humanitário, voltadas única ou principalmente para seus lucros (como as empresas privadas em geral). O grau de sofisticação dos insumos para diagnóstico e tratamento médico só se compara à fluidez de sua validade de uso e ao aumento estratosférico de seu custo. Custo que sofre notável influência da corrupção existente nas agências governamentais.

Como resultado, a assistência médica ficou caríssima e os burocratas governamentais e acadêmicos resolveram redescobrir a pólvora e a roda com o intuito de pôr fim a este problema. Ao invém de descobrir meios para colocar os recursos mais eficazes ao alcance dos necessitados, propõem uma involução tecnológica e uma regressão dos profissionais destinados a atender à população. Parece mentira, mas não é. O governo brasileiro propõe a volta às técnicas cientificamente superadas ou destituídas de qualquer comprovação confiável e validade e a substuição dos médicos por profissionais menos dispendiosos só porque ganham menos. O encaminhamento da solução deste conflito encerra uma tomada de posição da antiga contradição entre as necessidades sanitárias (mas também habitacionais, alimentares, de vestuário e todas as outras) do povo e os interesses dos donos do mercado.

> *O mesmo governo que paga sem discutir ou esclarecer bilhões de dólares de uma dívida obscura, suspeita e discutível, nega ao seu povo recursos infinitamente menores para atender aos seus problemas de saúde. Recentemente, o governo argentino, em situação análoga, depois de estudar sua dívida, chamou os credores e lhes propôs seu parcelamento. Mas só pagaria um quarto do total. Nenhum recusou. E, provavelmente, ainda*

*tiveram lucro. Em situação semelhante, o presidente Itamar Franco foi mais atrevido e mais humano – não deixaria os funcionários sem salário para pagar agiotas.*

Nesta situação, o médico se vê imprensado em diversos problemas cada vez mais asfixiantes em seu trabalho. No nível técnico-científico, vê crescerem os meios tecnológicos para diagnosticar e tratar em ritmo quase inacreditável. Em igual medida, assiste ao aumento dos preços destes recursos. Esta situação se reflete em todos os níveis de sua atuação. No nível econômico, sua remuneração míngua constantemente. No nível social, pretende-se reduzir seu trabalho a mera prestação de serviço.

No consultório privado, vê-se diminuir o número de pacientes que podem remunerar a consulta, os exames e os remédios (em sentido bem amplo, de todos os recursos que se prescreve para tratar um enfermo); como credenciado dos planos de saúde, é submetido a todo tipo de pressão para diminuir os custos do atendimento (a economizar procedimentos que o paciente necessita, principalmente); como médico do serviço público, assiste à degradação dos serviços enquanto se vê colocado como refém e bode expiatório do mau atendimento que os pacientes recebem.

*E ainda tem que assistir o grão gestor analfabeto e mentiroso a gabar a assistência médica pública como algo quase perfeito.*

No nível do exercício profissional, deve resistir às pressões de fabricantes de medicamentos, de vendedores de todos os tipos de insumos, donos de farmácia, laboratórios e clínicas que buscam corrompê-lo com comissões mais ou menos tentadoras. No serviço público, é cada vez maior o número de médicos que têm que evitar os corruptos e, ao mesmo tempo, defender-se da perseguição a que se sujeitam por tentar proceder honestamente.

Mas também é comum que o médico seja constrangido a exercer a terrível experiência de escolher qual doente vai receber o tratamento, em detrimento dos demais; qual ocupará a única vaga na unidade de cuidados intensivos. Escolher quem viverá e quem

morrerá. Momento em que se expõe à condenação quando, na verdade, é mais uma vítima da desumanidade desse sistema a que serve.

> *Recentemente, morreram alguns cidadãos brasileiros, vítimas de agressão israelense ao Líbano, que colocou muitos outros em risco grave. O governo montou uma operação milionária para assisti-los e socorrê-los. Corretíssimo. Mas os brasileiros que vivem no Brasil e sobrevivem em condições muito parecidas seguem desassistidos. O que não tem justiça alguma.*

Os salários dos médicos no serviço público estão praticamente congelados há quase uma dezena e meia de anos, os honorários que o SUS paga estão defasados na ordem de 400%. As cooperativas e outros credenciadores de médicos lhes pagam também muito mal, porque a remuneração do Estado é referência para as outras.

> *Assim como a guerrilha é a guerra do mais fraco e o terrorismo, a do desesperado, a greve é instrumento do médico desesperançado (depois de ter perdido a fé em todas as outras possibilidades de buscar justiça laboral). Em geral, os médicos são dedicados ao seu trabalho e a seus pacientes. Mas mesmo nestes, a paciência tem limites. Por isto, quando se virem sem qualquer outra alternativa, terão que buscar justiça na paralisação dos seus serviços, mesmo que isto prejudique seus pacientes.*

## O exercício da medicina

A existência de uma profissão é uma concessão do Estado que implica, para o concessionário daquela atividade, certos direitos (principalmente prerrogativas exclusivas, como o monopólio do mercado de emprego e trabalho com relação a certos procedimentos profissionais ou que podem ser compartilhados com agentes de outras profissões) e certos deveres (dentre os quais se destaca o múnus público específico daquela atividade e o dever de atuar com qualidade no exercício de sua atividade profissional).

A qualidade do ato médico é algo que muda muito, por vezes em períodos bastante curtos e que se expressam na chamada *lex artis ad hoc*. A *lex artis ad hoc* é determinada pelo estado da arte de determinada atividade em certo momento do tempo (mas que guarda relação com as circunstâncias em que um procedimento profissional está sendo avaliado).

Na terminologia jurídica, o substantivo exercício indica a prática de um ato ou função, o desempenho de uma atividade, o uso de um direito. E a expressão exercício profissional indica a prática usual ou esporádica na qual o detentor do direito de praticar uma profissão faz uso dele, realizando os atos profissionais pertinentes àquela atividade instituída como profissão.

> *Mas também significa um dado período, geralmente um ano. Mas não é neste sentido particular que se emprega aqui.*

Denomina-se exercício da medicina à prática legal da atividade médica. E se denomina prática legal da atividade médica o desempenho de atos médicos mediante remuneração sob qualquer forma.

Ato profissional é a atividade que a lei prescreve para quem está devidamente capacitado e legalmente habilitado para praticar uma dada profissão. Sabe-se que, ao instituir uma profissão, o legislador deve definir seu campo de trabalho especificando sua área de atividades exclusivas. Isto é, os atos profissionais que pode compartilhar com os agentes de outras profissões e os atos profissionais que só podem ser exercidos por eles. E, quando exercido por outrem, estes incorrem no delito denominado exercício ilegal de profissão.

Por conta de economia vocabular, as pessoas costumam chamar os atos profissionais de médicos como atos médicos. O ato médico é, portanto, o procedimento profissional que a lei atribui aos profissionais da medicina. A legalidade e a eticidade  são qualidades implícitas em qualquer atividade profissional (obediência à lei e aos mandamentos éticos de sua profissão), mormente nos atos médicos.

## Os erros profissionais

Os atos profissionais, inclusive os atos médicos, têm como característica serem essencialmente responsáveis. Isto significa que seus autores devem responder pelos danos que causem a outrem.

Erro profissional é a designação que se atribui ao dano que um agente profissional causa a algum cliente durante a prática de um procedimento profissional por conta de imperícia, imprudência ou negligência.

Diferentemente do que acontece em todas as outras situações, os erros profissionais de médicos são denominados erros médicos, erros profissionais que ocorrem durante algum tratamento médico, mesmo que cometidos por agentes de outras profissões.

A perfeita caracterização de um erro profissional exige que haja dano para alguém em quem o profissional esteja realizando um procedimento; que a ação danosa seja praticada no curso ou como consequência de um procedimento profissional; que se possa comprovar inequívoca relação de causa e efeito entre o dano e o procedimento realizado pelo agente profissional imputado; que este agente tenha praticado este ato culposo (isto é, por imperícia, imprudência ou negligência). Como se pode verificar, nem todo mau resultado ou mesmo qualquer erro na prática de um ato profissional se denomina erro profissional.

O mal chamado erro médico. Síntese verbal idêntica àquela que se faz com a expressão ato profissional de médico, chamado simplesmente de ato médico, também ocorre com a expressão ato profissional de médicos, que se resume em erro médico. O que finda por se constituir em prejuízo para a profissão médica, porque pode fazer com que os menos informados suponham que só existem erros profissionais de médicos ou que os médicos sejam os únicos profissionais que os cometam. Ademais, também se denomina erro médico o erro profissional causado por outro tipo de profissional, como um enfermeiro, desde que ocorra no

curso de tratamento indicado por médico, ainda que este não o tenha realizado. Sem esquecer que muitos autores abusam dessa expressão, mais interessados em vender seus trabalhos do que em qualquer outra coisa.

Os erros profissionais de médico podem ocorrer na realização de procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou outros e podem ter reparação buscada no fórum civil e julgamento disciplinar promovido pelo conselho regional de medicina.

## Exercício profissional - Fenômeno individual e social

Desde sua origem na antiguidade, o trabalho médico tem uma dimensão individual e outra, social. E essas dimensões interagem extrema e intensamente. O exercício da clínica sempre foi visto como a dimensão individual da assistência médica, porquanto só um cliente é atendido de cada vez. Enquanto o combate às enfermidades de massa, como as epidemias, e o controle das medidas higiênicas das comunidades e exércitos em marcha, além da assistência médica aos viajantes, peregrinos e pessoas pobres, constituíram a dimensão social da medicina. Guardadas as devidas diferenças de época e circunstâncias, estas duas vertentes assinalam o que é individual e o que é social na medicina até os dias atuais. Ainda que não se deva fazer diferença qualitativa essencial entre estas duas formas de praticar a medicina. Até porque a clínica dos pobres é considerada como social e nada a distingue da clínica privada em técnica ou ética.

Não obstante, é necessário reparar que cada médico exerce seu trabalho com os pacientes que atende (o que já encerra uma prática social, à medida que conserva e recupera agentes da força de trabalho do sistema social que estiver sendo considerado, qualquer seja a condição social deste paciente). Mas presta outros serviços à sociedade, que podem ser tipificados como mais nitidamente sociais. O médico também pode trabalhar em programas de educação para a saúde, na investigação científica básica e

clínica; também pode atuar no planejamento, organização, fiscalização, coordenação dos serviços de saúde públicos ou privados e em tantas outras atividades mais.

Como se pode verificar ao refletir o tema, a rigor a expressão *medicina individual* é, na verdade, um tanto ambígua, deveria se chamar medicina de indivíduos. Pois, para que a medicina se realize, exige-se que haja pelo menos um médico e pelos menos um paciente (a não ser na automedicação, que não é ato profissional). O componente mais elementar da medicina é esta díade, um grupo de pelo menos duas pessoas. Uma entidade social, portanto. Contudo, a principal característica da medicina como atividade social é que ela existe e deve ser exercida em benefício da sociedade, da humanidade, mais do que desse ou daquele doente em particular. Mas a sociedade e a humanidade serão meras abstrações se não forem representadas pelos pacientes. Cada pessoa que cada médico deve atender. As expressões adjetivas *individual* e *social,* quando acopladas à *medicina,* não devem ser entendidas literalmente. Devem considerar as significações peculiares que lhes foram sendo incluídas ao longo do tempo. Especialmente a palavra social, que, em geral, se refere aos sujeitos pacientes e à abrangência de sua influência.

O que se chama medicina individual ou o atendimento médico a indivíduos é a que trata individualmente cada paciente à sua vez, mesmo que os atenda em grupos. E se denomina medicina social a prática médica dirigida para comunidades como clientes. A que considera os fatores sociais como patogênicos e terapêuticos. O que faz a diferença entre medicina em grupo e medicina de grupo. No entanto, poucos são os procedimentos médicos cujo alcance se limite exclusivamente à pessoa do doente atendido. Não obstante, superada esta preliminar tida por necessária, neste texto usa-se o termo *medicina* também com o sentido de aplicação científica, atividade social e labor profissional dos trabalhadores que diagnosticam enfermidades e tratam os enfermos como uma forma particular de interação interpessoal de ajuda e solidariedade. Assim, a medicina é, simultaneamente, técnica (ou

tecnológica), trabalho social e interação inter-humana, obrigatoriamente ética. Apesar disso, é necessário afirmar e reafirmar que a dimensão humanitária e solidária deve preponderar sobre as demais e enfatizar a identidade humanitária do trabalho médico e do trabalhador da medicina, quer seu trabalho esteja voltado para o interesse de indivíduos, quer de coletividades humanas.

Desde a institucionalização da medicina como *ars* ou *tekhnê*, na antiguidade, trata-se de atenção médica individual ou grupal, na qual o médico vem a ser o agente social credenciado para exercer os diversos tipos de papel que a sociedade atribui aos profissionais que curam os doentes, especial e caracteristicamente o diagnóstico das enfermidades e o tratamento dos enfermos. Ao mesmo tempo que a medicina é a atividade praticada por aquele agente social capacitado e habilitado para medicar, o médico.

Medicina e médico são duas vertentes da mesma totalidade, porque, como já se mencionou, não existe nem pode existir médico sem medicina ou medicina sem médico. Medicina e médico conformam uma unidade, tanto como conceitos quanto como fatos complementares. O entendimento deste fato se faz cada dia mais essencial para quem estuda esta atividade.

O mesmo ocorre com a relação entre os conceitos de trabalho e trabalhador, em que o trabalhador realiza o trabalho enquanto o trabalho faz o trabalhador. E em que o trabalhador não perde este elemento de sua identidade quando perde o emprego, apenas se torna um trabalhador desempregado. O desempregado não é um ex-trabalhador. Como se vê, o trabalho, principalmente o trabalho exercido como profissão, se torna um dos elementos essenciais da identidade do seu sujeito. O trabalho não apenas faz o trabalhador, torna em trabalhador a pessoa que o realiza. O trabalho influi no modo e no conteúdo de pensar, sentir e agir do trabalhador.

> *Mas o surgimento e o desenvolvimento da noção de trabalho só foi tornado possível pela atividade realizada pelo trabalhador. Também se deve pensar na redução que aparece quando se*

> *considera a existência de uma pluralidade de pessoas que trabalham, os trabalhadores. Muito provavelmente, a única qualidade comum em todos os trabalhadores será o fato de trabalharem, de serem reconhecidos como pessoas que trabalham e vivem de seu labor. Daí porque se deva cuidar de evitar as generalizações abusivas. Pois os médicos têm sido muito vitimados por elas.*

Embora os procedimentos técnicos usados pelos médicos tenham sofrido radical transformação desde seu aparecimento, a medicina como práxis social e estrutura tecnológica atual é idêntica à antiquíssima atividade humana que na Grécia dos tempos hipocráticos foi chamada de *terapêutica*, a arte de curar (tradução da expressão *teknê iatrikê* que os romanos traduziram como *ars curandi*). Atividade que também foi chamada por Galeno de arte médica (*ars medica*) e arte dos médicos, arte da medicina ou arte medicinal (*ars medicinalis*). É dela que se trata neste livro. E dos médicos, seus praticantes, realizadores, concretizadores. Aos trabalhadores profissionais que dão existência à profissão médica.

Sabe-se que na lei brasileira (como no mundo inteiro), para que alguém use o título de médico ou exerça suas atribuições, deve ter sido capacitado em curso de medicina oficial ou autorizado, além de estar inscrito no conselho regional de medicina da jurisdição onde trabalhe ou na repartição corporativa ou oficial equivalente ao conselho que existe no Brasil, isto é, estar devidamente habilitado para atuar no mercado de trabalho. Capacitação e habilitação – dupla condição que a lei estende a todos os profissionais de todas as profissões. Ninguém se faz profissional apenas com o diploma, sem estar devidamente registrado no organismo social de controle do exercício da profissão.

Em todas as profissões o curso universitário capacita e gradua com vistas à habilitação; e o conselho profissional (ordem ou colégio) habilita para que o agente possa trabalhar. A capacitação acadêmica e a devida habilitação em um conselho devem ser ambas consideradas exigências essenciais para clinicar, como o é para se exercer qualquer outra profissão.

Porém, esta dupla exigência não constitui privilégio abusivo dos médicos, mas instrumento de proteção da sociedade, prerrogativa cuja justiça se define no fato de estar aberto a todos. Se desde a antiguidade remota, pelo menos desde Herodoto, já se tem a consciência da necessidade de manter a formação médica e, principalmente, o exercício da medicina sob controle técnico e ético eficaz, quanto mais hoje, época em que a sofisticação de sua atividade alcançou níveis nunca vistos antes.

O exercício da medicina, como as demais ocupações instituídas como profissões de nível superior, exige capacitação em curso acadêmico específico e a devida habilitação em um conselho organizador da profissão médica. Repita-se, ainda que pareça monótono e redundante, a ocasião assim o exige. No caso brasileiro, o conselho regional de medicina. Entretanto, isto não ocorre da mesma forma em todas as partes e as entidades habilitadoras não recebem a mesma designação em toda parte. Noutros países, a habilitação se dá por outros procedimentos e o registro pode ser feito em instituições corporativas com outros nomes, tais como colégio ou ordem.

Como se vê, portanto, não basta que alguém seja diplomado em medicina para ser médico; necessita estar devidamente habilitado para isto nos termos da legislação existente. Aqui e em praticamente todos os lugares do mundo em que o Estado esteja minimamente organizado, ele tem algum papel neste controle (por meio de seus três poderes). Mas só nos Estados comunistas este controle foi inteiramente estatal.

> *O Código Penal brasileiro capitula como curandeiro quem exerce a função de curar (da medicina) sem ser médico, ainda que tenha sido graduado como tal. Existe, sim, curandeirismo médico; uma pessoa formada em medicina pode praticá-la ilegalmente caso não esteja devidamente registrada no CRM do local onde trabalhe. Pode ser curioso verificar que mesmo quem pratica curandeirismo deseja não ser assim qualificado. E quem promove e faz a apologia da transgressão?*

*A medicina é a profissão dos médicos e os médicos são os agentes profissionais habilitados para praticar legalmente a medicina. Parece simples, mas não é. A ocorrência de muitas tentativas de praticar medicina sem que estas exigências da lei tenham sido satisfeitas permite comprovar esta assertiva. Ao menos no Brasil, tenta-se fazer medicina sem médicos.*

## Funções dos médicos

Como sucede a todas as profissões, as prerrogativas médicas que se expressam nas funções que devem ser praticadas exclusivamente pelos médicos, e suas funções acessórias, que podem ser compartilhadas pelos médicos com outros agentes profissionais, devem ser definidas legalmente. A definição legal de uma profissão e a limitação de seu campo de trabalho são elementos essenciais de sua institucionalização.

A função mais geral e mais essencial dos médicos consiste em beneficiar as pessoas ajudando-as a conservar e a recuperar a saúde. As funções médicas particulares na sociedade dependem do entendimento que a sociedade tenha sobre o papel da instituição médica e de seus agentes.

A organização das funções dos médicos aqui posta foi estruturada a partir das concepções da medicina preventiva, tomando como referência a missão institucional da medicina: prevenir e diagnosticar as enfermidades e cuidar dos enfermos. O ponto de vista preventivista forneceu o necessário enquadramento teórico e prático para esta ordenação.

Toda instituição social existe para cumprir uma missão social, atender a determinada demanda da sociedade. Todas e cada uma das instituições sociais têm uma tarefa (ou um conjunto delas) a ser exercida em benefício da sociedade, o que confere razão e sentido à sua existência e funcionamento. Essa tarefa ou essas tarefas são reconhecidas como necessárias para toda a sociedade e se identificam como a missão institucional daquela entidade so-

cial. Isto é, a missão institucional encerra o motivo (ou o motivo principal) da institucionalizacão de uma atividade, o motivo real de sua existência. O porquê a sociedade necessita dela.

Os conceitos preventivistas de prevenção primária, secundária e terciária foram escolhidos por dois tipos de motivos: primeiro, porque como nenhuma outra essa concepção permite sistematizar as atividades profissionais dos médicos em classes orgânicas articuladas. (Ao menos no entendimento deste autor.)

Em segundo lugar, porque deixa espaço suficiente para que sejam acrescentadas outras categorias, à medida que o avanço do conhecimento assim o recomende. A descrição das categorias prevenção, prevenção primária, secundária e terciária foi feita na rubrica sobre a medicina preventiva.

No terreno especificamente clínico e técnico, as funções médicas podem ser exercidas em quatro planos interativos, superpostos e que frequentemente se confundem. Tais planos funcionais são: funções de promoção da saúde, funções profiláticas, funções curativas e funções reabilitadoras.

As funções de promoção da saúde de indivíduos e coletividades são aquelas voltadas para o fomento do bem-estar. Em geral, a menos que dependam de alguma atividade privativa de médico, como o diagnóstico de uma enfermidade ou o tratamento de um enfermo, são atividades compartilhadas com todos os demais agentes sociais.

As funções profiláticas de enfermidades (inclusive as técnicas preditivas) e de fomento à saúde (ou de prevenção primária) agrupam as funções médicas relacionadas com a prevenção da ocorrência das enfermidades, principalmente em termos de diminuição da incidência (mas, também, da prevalência). Como sucede com as anteriores, em geral são funções profissionais compartilhadas com agentes de outras profissões.

*Quem não estiver familiarizado com estes conceitos, lembre que a incidência se refere ao número de casos novos de uma enfermidade em um período dado em uma certa população. Enquanto a prevalência é o número de casos de uma enfermidade em uma população em um certo período (casos novos ou aparecidos naquele período pela primeira vez mais os preexistentes naquela população).*

As funções curativas (diagnósticas e terapêuticas ou de prevenção secundária, que correspondem diretamente com o trabalho tipicamente médico) têm como objetivo diagnosticar enfermidades (o mais precocemente possível) e instituir o tratamento dos enfermos, de modo a prevenir a evolução das enfermidades. Estas são funções privativamente médicas.

*Aqui dá-se a necessidade de insistir que as funções mais essencialmente médicas, prerrogativas essenciais da medicina, são os atos profissionais mais tipicamente médicos, aqueles que caracterizam a profissão médica e constituem procedimentos profissionais privativos de seus praticantes. Diagnosticar enfermidades e indicar o tratamento dos enfermos e os demais decorrentes diretamente destes, mencionados no quarto grupo, abaixo.*

As funções reabilitadoras (ou de prevenção terciária) que objetivam corrigir os estados de incapacidade física, mental ou social, que tenham resultado de uma condição patológica, também costumam ser compartilhadas com agentes de outras profissões sanitárias.

As funções médicas acessórias são funções privativas de médicos e assim denominadas porque se mostram secundárias e decorrentes das atividades privativas mais essenciais (que se referem ao ensino, supervisão, direção, perícia, auditoria e outras atividades profissionais referentes ou diretamente relacionadas com os procedimentos profissionais exclusivos da medicina e outras mais que existem como atividades de apoio àquelas). Deve-se destacar que apesar de todas estas funções médicas acessórias serem atribuíveis aos médicos, pois não parece razoável que alguém ensi-

ne um ato profissional a quem não esteja autorizado a praticá-lo, as funções médicas exclusivas, quer essenciais ou acessórias, são aquelas diretamente relacionadas com o diagnóstico das enfermidades e o tratamento dos enfermos.

As funções catalogadas no primeiro grupo (promoção ou fomento da saúde e profilaxia das enfermidades) e no terceiro grupo (reabilitação estrutural, funcional ou psicossocial das pessoas prejudicadas pelos estados de enfermidade) podem ser compartilhadas com agentes de diversas outras profissões, mesmo situadas fora da área da saúde, de acordo com a legislação específica. No caso, a legislação que estabelece as atribuições privativas e compartilhadas de cada profissão regulada.

> *A diferença entre prevenção primária, secundária e terciária é utilitária. Presta-se para sistematizar programas de intervenção e delimitar a atividade dos profissionais, mas se superpõem, não podem ser perfeitamente delimitadas na prática profissional. Sua definição se limita ao plano conceitual. Quando um médico diagnostica um estado de enfermidade e é bem-sucedido no tratamento de um enfermo, seja este afetado por alguma infecção, como a tuberculose pulmonar, ou uma enfermidade degenerativa, como uma cardiopatia, estará automaticamente fazendo prevenção secundária naquele paciente e prevenção primária em seus familiares, que deixarão de sofrer as consequências danosas da enfermidade, impedindo ou minorando sua ação patogênica. Toda enfermidade transmissível curada representa um número indeterminável de pacientes nos quais se evitou o aparecimento daquela doença. Todo paciente que abandona a dependência tabágica diminui a possibilidade do aparecimento futuro de enfermidades como enfisema e neoplasias.*
>
> *O caráter corporativo desta postulação existe e se manifesta em todas as profissões, pois todos os profissionais defendem suas prerrogativas laborais e devem defender mesmo. Mas não podem, por isto, serem considerados corporativistas, mas corporativos, dotados de espírito de corpo, sendo importante estabelecer esta diferenciação. Pois não existe profissão que não seja corporativa,*

*porque as profissões todas existem como corporações, ainda que corporações profissionais. Deve-se desconfiar – e muito – de dirigentes de entidades profissionais que neguem ou reneguem o caráter corporativo de sua atividade.*

**Decálogo do médico (artigo 3º do Código de Conduta do Sindicato dos Médicos do Uruguai)**

1. Respeitar a vida, a dignidade e a liberdade de cada ser humano e nunca procurar outro fim que não seja o benefício de sua saúde física, psíquica e social.

2. Brindar à pessoa todos os seus conhecimentos para que esta proteja, promova e recupere sua saúde e se faça consciente de como controlar por si mesma as causas de seu mal-estar ou enfermidade e como obter sua reinserção social.

3. Ser consciente de seus próprios valores éticos, ideológicos, políticos ou religiosos e não utilizar seu poder para manipular desde um ponto de vista afetivo-emocional, axiológico, econômico ou sexual.

4. Possibilitar ao paciente consultar outro profissional idôneo se ele próprio não estiver em condições de ajudá-lo dentro de seus conhecimentos específicos.

5. Realizar tudo o que lhe for possível para que as condições da atenção sanitária sejam as mais benéficas para seus pacientes e para a saúde do conjunto social sem discriminação de qualquer tipo (nacionalidade, idade, condição socioeconômica, raça, sexo, credo, ideologia ou outra).

6. Respeitar o direito do paciente guardar segredo sobre as informações que lhe digam respeito e ser fiel guardador, junto à equipe de saúde, de todas as confidências que se lhe confiem, e sobre as que não pode decidir sem consultar o paciente.

7. Manter-se atualizado com relação aos conhecimentos que assegurem o melhor grau de competência no desempenho de seu serviço específico à sociedade.

8. Evitar a busca de lucro como única motivação determinante em sua forma de exercer a profissão.

9. Ser verdadeiro em todos os momentos de seu labor profissional, salvo se existirem motivos éticos prementes para que os pacientes e a sociedade tomem as decisões que lhes competem.

10. Valorizar o trabalho de equipe tanto com seus colegas como com outros profissionais, em seu labor sanitário a serviço tanto de seus pacientes como da população em geral.

## Múnus público e fé de ofício

O múnus público. Os médicos exercem um compromisso social denominado *múnus público* (*munus publicum*), definido como atividade, cargo ou ofício público que implique em algum dever de alguém para com a sociedade. Fenômeno que os médicos compartilham com magistrados, advogados, parlamentares e outras figuras sociais. Muitos parecem supor que esta ação não deva ser remunerada, mas sim gratuita, o que não corresponde à verdade. Basta comparar com os outros agentes sociais que detêm a mesma obrigação. Um advogado pode ser escolhido para atender um cidadão sem defesa, mas o Poder Judiciário o remunera por isto. A responsabilidade de prestar serviço eficaz é o núcleo do conceito de múnus público. Por conta deste fato, as entidades médicas se obrigam a não deixar a sociedade sem serviços médicos, mesmo em situações excepcionais.

Em todas as sociedades e situações é necessário que as pessoas contem com recursos médicos que assegurem cuidados mínimos para quem deles necessite, sobretudo os cuidados de urgência e emergência. Mas há um fato a ser destacado. Quando as profissões foram inventadas, na antiguidade, o médico respondia sozinho

pelas necessidades da assistência médica. Hoje, isto mudou radicalmente e o trabalho solitário do médico não corresponde senão a uma fração das necessidades de cuidados médicos. Neste processo, o alcance das expressões trabalho médico e assistência médica foram enormemente ampliados em sua significação. O médico já não responde sozinho pela assistência médica. Sua atividade precisa ser coordenada ou coadjuvada por muitos outros agentes profissionais não médicos, mas essenciais à assistência médica ou sanitária.

O múnus público é o fator que obriga o médico a servir aos interesses da sociedade, principalmente quando representada por uma pessoa necessitada de cuidados médicos de urgência ou emergência. Tanto uma pessoa individualizada quanto a sociedade toda (como acontece nas situações de catástrofes naturais ou sociais, nas quais a emergência de fatores inesperados ameaça ou agride toda uma coletividade). Mas também se manifesta nas situações nas quais os médicos devem se unir para defender seus interesses profissionais. Como se dá na greve e em outras situações de paralisação geral ou parcial de um serviço público. Nestas situações, a lei e os mandamentos éticos ensinam como proceder para assegurar proteção ao povo.

A fé de ofício. Outra prerrogativa médica é a chamada fé de ofício em matéria de sua competência legal (aqui, a palavra competência não está sendo empregada com o sentido de capacidade, mas de atribuição. Como parece óbvio). Isto é, quando o médico emite alguma declaração formal, que pode ser expressa sob a forma de atestado, declaração, certificado, o que afirma se reconhece como coisa provada, como ato de um perito naquela matéria.

No entanto, importa saber que esse fenômeno só ocorre quando a matéria da atestação se enquadra no objeto da profissão.

A contrapartida da fé de ofício é o compromisso com a verdade. Um atestado médico não se confunde com atestado de um médico sobre matéria distante de sua atribuição. O atestado médico

se refere sempre a matéria da especificidade funcional do médico, daquela matéria que a lei lhe assegura como campo de autoridade e de desempenho profissional. A fé de ofício do médico se inicia e finda no limite de sua capacidade profissional definida em lei. Ao mesmo tempo, é necessário que se saiba que só o profissional que tem fé pública em determinada matéria tem autoridade legal para fazer perícias, construir as chamadas provas periciais, quando a fé de ofício se transforma em fé pública. A fé pública é a presunção de verdade que se atribui a atos judiciais ou oficiais em matéria de sua competência legal. Este fenômeno social é a principal motivação para que a sociedade, principalmente quando representada pelos tribunais judiciais ou éticos, exija do médico rigoroso respeito pela verdade quando emitir laudos, certificados, atestados ou declarações formais sobre ato profissional seu. Infração que se iguala ao falso testemunho aos olhos da lei. Agravada pela confiança que deve merecer o ato médico.

## Outros direitos e deveres dos médicos

Como sucede a todos os outros agentes sociais, os médicos têm direitos e deveres. Nas sociedades humanas e nos sistemas sociais que a compõem, deve haver correspondência necessária e proporcional entre os direitos e os deveres de seus componentes. Como acontece com qualquer agente de um papel social, principalmente para quem o desempenha nas instituições sociais, atribui-se aos médicos uma série de deveres voltados para o desempenho de sua missão institucional e uma série correspondente de direitos relativos àqueles deveres.

Em qualquer situação e modalidade de vinculação econômica com quem recebe seu serviço, direta ou por um intermediário, o médico não deve fazer do pagamento que recebe a medida de sua dedicação, de seu esforço, de sua responsabilidade ou de empenho em seu trabalho no cuidado do paciente. Tal conduta se mostra condenável qualquer que seja seu critério de avaliação: humano, ético ou profissional. Caso a remuneração que lhe pa-

guem por um serviço seja insuficiente, o médico pode lutar por aumentá-la ou deixar aquele trabalho. O médico não tem o direito de se comportar como mercenário ou tomar seus pacientes como reféns. Quando um médico faz variar a quantidade ou a qualidade dos serviços que presta a um paciente em função do dinheiro que recebe, desmerece-se como médico e como pessoa. Além de contribuir para o desprestígio de sua profissão.

O médico deve estar sempre pronto a servir sem pagamento a quem não possa pagar por seus serviços, ao menos quando o caso assim o requeira, por falta de alternativa viável e por dever de humanidade. Sem esquecer que o responsável primário pela assistência à saúde dos cidadãos é o Estado, por conta de mandamento constitucional. Entretanto, não deve, de maneira alguma, permitir que o pagamento de seu serviço seja aviltado por seus empregadores ou quaisquer outros agentes pagadores responsáveis pela prestação daquele serviço ao paciente, sejam públicos ou privados. Nem que o Estado o chantageie exigindo-lhe o cumprimento de um dever estatal.

O médico nunca deve se deixar convencer de que tudo o que é estatal ou, muito menos, governamental é social, porque isso é uma imensa falácia. Pode não ser, e em certas condições, como nos Estados privatizados da globalização, quase sempre não é. Muitas vezes, se dá aos bens governamentais a destinação mais antissocial possível. Da mesma maneira, não deve sucumbir ante a crença oposta de que tudo o que é privado seja necessariamente antissocial. Pode não ser. Duplo engano que qualquer cidadão minimamente informado pode verificar apenas olhando ao redor de si.

O direito-dever de trabalhar em instalações adequadas e em condições apropriadas é outro atributo profissional a ser exigido pelos médicos. Não apenas por seu conforto e segurança pessoal, mas principalmente pelo conforto e segurança de seus pacientes. É sempre conveniente recordar a lição de Ulisses Pernambucano que afirmava ser o médico (especialmente o psiquiatra) o curador

natural dos direitos e dos interesses de seus pacientes, tendo o dever de se empenhar nessa tarefa. Cabe ao médico exercer esta função com o valor, brio e coragem necessários para bem cumpri-la – e o próprio professor Ulisses Pernambucano, sempre que necessário, ensinou isto com seu exemplo pessoal de médico e professor modelar, mesmo que tivesse de enfrentar a ira dos tiranos e desafiar a prepotência ditatorial.

Deve-se proclamar que a autonomia técnica dos médicos é instrumento de defesa dos seus pacientes. Não houvesse este instituto e o patronato (público privado) ou credenciador (disfarce assumido pelo patrão para esconder sua condição patronal) poderiam impor ou restringir as medidas diagnósticas e terapêuticas que lhes fossem mais convenientes, e não aquelas que o paciente necessita.

O médico existe principalmente para proteger seus pacientes e servir aos interesses da humanidade. Mesmo daqueles que ainda não são pacientes seus. E, caso aja adequadamente, muitos nunca se tornarão enfermos, porque a atividade médica influi, como se viu acima, muito além da pessoa do paciente. Além de estar a serviço da humanidade, os médicos devem zelar pelos interesses de sua profissão. E isso só se consegue com unidade de ação política.

O direito-dever de associar-se profissionalmente, ligar-se aos colegas de trabalho para defender seus interesses coletivos e os interesse da sociedade é um direito humano que deve ser assegurado a todos os trabalhadores, especialmente aos profissionais, e que tem sido defendido particularmente pelos médicos. Em todas as profissões, tais interesses coletivos não são apenas financeiros e sobre as condições de trabalho, mas devem visar, particularmente, a atualização técnica porque isto influi no prestígio e imagem pública da profissão.

A participação nas entidades associativas  e representativas dos médicos nos fatos políticos de interesse social constitui dever a ser defendido por eles mediante todos os meios legais e éticos. Neste capítulo, a tradição médica faz com que o dever de zelar e

cuidar da imagem de sua profissão seja idêntico ao que o médico dedica à sua honorabilidade pessoal.

Com a possível exceção do sacerdócio e da magistratura, a medicina parece ser a profissão cuja imagem se mostra mais atingida negativamente pela má conduta social de seus praticantes. Outra prova de respeito que os médicos devem exigir para si é serem tratados sem qualquer discriminação (religiosa, política, de raça, gênero, idade, estado civil, procedência, educação ou outras características pessoais diferenciadoras, inclusive estado de saúde ou deficiência). Desde que, é claro, esta peculiaridade não imponha risco aos pacientes. Uma característica muito importante da função médica e do trabalho médico é que ele deve se processar desde o início sem qualquer garantia de resultado.

A medicina é atividade laboral de meios e não de resultados. O médico não pode nem deve se comprometer com um dado resultado para seu trabalho, mas com os meios que emprega na busca de um resultado. Resultado que pode ou não atingir. É extremamente importante ter isto sempre em mente e resistir a toda tentação em contrário. O médico só deve responder pelo resultado quando este foi prometido ou quando pode ser assegurado sem qualquer dúvida pelo estado do conhecimento no momento de seu emprego. Por isto, o médico não deve se comprometer com o resultado do seu trabalho, mas com o devido empenho em sua realização. Por mais simples que pareça ser o caso e por melhor que o prognóstico aparente à primeira vista, o médico nunca deve prometer resultado. Nem cura, nem incurabilidade, nem vida, nem morte. Qualquer médico experiente já viu que estas promessas são um perigo, por mais probabilidades favoráveis tenha. São sempre probabilidades e não certezas.

O prognóstico, favorável ou desfavorável, deve ser sempre anunciado em termos de probabilidade aproximada, de forma realista e prudente, sem otimismo ou pessimismo exagerados. O prognóstico exagerado para impressionar o paciente deve ser sempre evitado pelos médicos responsáveis e condenado nos demais.

O direito do trabalhador ao salário deve ser respeitado e protegido em todas as sociedades. Basta ser antiescravagista para defender este princípio, o que está estabelecido como direito desde a mais remota antiguidade, como se pode verificar na Bíblia. Na qualidade de trabalhador, qualquer que seja o tipo de vínculo laboral que exercite, o médico que exerce seu mister tem direito a receber remuneração adequada ao seu trabalho, às circunstâncias de sua execução, à sua responsabilidade social e profissional, ao risco daquela atividade, à sua formação técnica. Seja sob a forma de honorário, salário ou outro. Esse é, sem dúvida, outro direito-dever profissional que se mostra particularmente importante para quem exerce a medicina. Ainda que se revele mais evidente apenas na atividade laboral, não é menos importante no profissional assalariado. E no labor credenciado, modalidade muito comum de trabalho médico no Brasil. Como se dá isso?

O trabalho credenciado existe quando um trabalhador autônomo é "meio empregado" de fato do Estado ou de algum empregador privado que monopoliza o mercado de serviços e lhe impõe baixo pagamento, sem lhe assegurar os direitos trabalhistas; porque não existe uma relação formal de emprego de direito. Em tese, o credenciamento é um contrato de trabalho liberal com habitualidade, subordinação hierárquica e, muito frequentemente, sem qualquer autonomia técnica por parte do médico, mesmo quando o organismo "credenciador" é o Estado ou uma empresa estatal.

> *Na prática, trata-se de recurso destinado a burlar a legislação trabalhista e explorar o profissional aproveitando-se de sua necessidade, de sua fragilidade e de sua incapacidade política. E quantos mais numerosos forem e quanto mais desorganizados estiverem, mais fácil será explorá-los, como já ficou claro na História recente.*

Outro atributo que constitui simultaneamente um direito é a autonomia técnica ou liberdade profissional. Este atributo profissional é especialmente importante para os médicos. Essencial, mesmo. O médico, mesmo empregado, deve exercer seu labor sem estar submetido a qualquer forma de constrangimento ou pressão que

possa dirigir ou impedir sua atividade. Especialmente a liberdade de empregar os recursos de que necessite para diagnosticar e prescrever a terapêutica para o paciente. Há quem suponha que a liberdade técnica só existe no regime de autonomia financeira que caracteriza a clínica privada. Isto não parece verdadeiro. Ali também existem influências financeiras, políticas, sociais e outras. É possível haver autonomia técnica na relação de emprego, mas a lei deve assegurar isto e o Estado fiscalizar sua aplicação. Principalmente em países em que existem leis feitas para não funcionar e governos cuja ação se destina a proteger os interesses da população, e não as minorias privilegiadas.

O exercício profissional de qualquer profissão em qualquer país, como atividade cidadã, sintetiza a liberdade e a responsabilidade no âmbito de seu desempenho. A liberdade e a responsabilidade são características do exercício profissional. A tal ponto que não existe, nem deve existir no mundo contemporâneo, profissão sem estes atributos.

Liberdade e responsabilidade para exercer uma atividade legalmente instituída para a qual esteja devidamente capacitado tecnicamente e habilitado juridicamente. O direito de trabalhar e o dever de responder pelos danos causados por sua ação ou omissão, tudo nos limites da lei.

As profissões se subdividem classicamente em dois tipos: as profissões liberais (nas quais o trabalhador desfruta inteira liberdade de ação e estabelece livremente o preço de seus serviços com seus clientes) e as profissões chamadas burocráticas (nas quais o profissional é assalariado e desfruta unicamente de autonomia técnica no campo de sua especificidade funcional ou profissional – que se constitui por aquelas atividades que a lei instituidora daquela profissão estabeleceu como prerrogativa exclusiva de seus agentes). Por isto, é importante que cada profissão tenha os limites funcionais de sua profissão devidamente instituídos legalmente. A despeito de tal fato, o Conselho Federal de

Educação inovou e estabeleceu uma definição um tanto estapafúrdia para o que seria uma profissão liberal. Ei-la.

O Conselho Federal de Educação afirma no Parecer nº 45/72, item 7.1.3, que: "As habilitações para o exercício das profissões chamadas liberais, e as assemelhadas, são obtidas em curso de nível superior de longa ou curta duração. As habilitações para o desempenho de ocupações que envolvem tarefas de assistência técnica ao trabalho dos profissionais de nível superior ou, independentemente, tarefas de supervisão, controle e execução de trabalhos técnicos especializados, são geralmente obtidos mediante o cumprimento de currículos do ensino de 2º grau".

E conclui assim: "Profissional liberal é todo indivíduo que, sendo possuidor de diploma de graduação de um curso regular e oficial, e habilitação legal, exerce a sua atividade livremente, no campo da ciência e da arte, dentro das disposições legais e de princípios éticos cujas funções e atribuições estão estabelecidas pelo respectivo currículo escolar, as quais por lei lhe são inalienáveis e inerentes à sua especialidade".

O exercício da liberdade técnica do médico, mesmo do médico empregado e sujeito a uma hierarquia funcional, só pode ser limitada por sua consciência profissional, pelo conhecimento científico vigente e pelas normas e regras éticas a que estiver submetido.

A autonomia profissional não pode se resumir à liberdade técnica, constitui a contrapartida da responsabilidade profissional, o direito de exercer a autonomia laboral. Ainda que, em geral, a autonomia profissional, e mesmo a autonomia técnica, esteja sempre subordinada à autonomia econômica (no caso do trabalhador sujeito a empregador privado) e à autonomia política (no caso de muitos serviços públicos). Como em várias outras situações sociais e políticas, a autonomia econômica é a matriz e origem de todas as demais formas de autonomia.

Nenhuma pessoa pode se pretender livre se for economicamente dependente de outrem. Este é um fato que todo trabalhador deve ter em sua consciência e que deve dirigir suas ações. Mas é preciso entender que sempre há alguma interdependência entre todos os componentes essenciais de um sistema social qualquer, mesmo que imperceptível (porque os acessórios, como sua designação aponta, podem influir ou não).

Paralelamente, o Estado deve existir para proteger os mais fracos contra a opressão dos mais fortes e para assegurar as possibilidades de desenvolvimento a todos. Esta é uma diferença essencial que separa a civilização da vida selvagem. Todo trabalhador, inclusive os médicos, deve ser protegido da exploração e dos abusos dos patrões. Mesmo que agentes estatais ou disfarçados de credenciadores.

Por fim, destaque-se o direito-dever que os médicos têm de ensinar medicina, do qual se tratará adiante.

## Os médicos e o ensino da medicina

Ensinar medicina é um direito e um dever dos médicos. E só eles podem fazê-lo. Contudo, não devem ensinar procedimentos médicos senão para seus colegas e para estudantes de medicina.

De todos os deveres dos médicos ante a sociedade, três se destacam dos demais: o dever de não fazer mal e, ao contrário, beneficiar, sempre que possível; o dever de privilegiar os interesses dos enfermos sobre todos os outros; e o dever de ensinar medicina a quem estiver apto para aprendê-la. Apto em dois sentidos: porque devidamente preparado e porque adequadamente habilitado.

O dever pedagógico do médico tem início com seus pacientes, para que ajudem no tratamento, e continua nas pessoas sadias, para que evitem as enfermidades. A estes deveres pode-se acrescentar os deveres sociais básicos de honestidade (que incluem a

veracidade) e de justiça, comuns a todos os cidadãos e que, por isto, devem ser também cobrados dos médicos. Os deveres sociais relacionados com a civilidade e o civismo, especialmente o respeito aos direitos humanos, também estão situados nesta mesma categoria.

Dentre os deveres e direitos que podem ser elencados para os agentes de uma profissão, encontra-se o direito de ensinar e de aprender. O conhecimento, inclusive o conhecimento científico, e as tecnologias que ele gera, é uma construção social, uma edificação com raízes históricas profundamente fincadas no passado, que recebeu várias contribuições de muitas pessoas. Quando se menciona a teoria da relatividade de Einstein, esta menção se refere somente àquele que lhe deu forma final, sistematizando informações de muitas procedências, conhecidas e ignoradas.

O direito-dever de ensinar e aprender se insere neste quadro. Cada professor deixa uma marca, enorme ou imensamente pequena, na matéria que ensina. Essa marca pode ficar registrada na literatura ou pode se dissolver na consciência técnica do aprendiz. Isto sucede em todas as áreas do conhecimento, inclusive na medicina. Os médicos devem exercer uma função docente, porque se obrigam a instruir ao menos seus pacientes, ilustrá-los diziam os hipocráticos da Grécia antiga – e este fato está estabelecido desde a origem da medicina na antiguidade remota. Caso não haja quem ensine e quem aprenda os procedimentos de diagnosticar e tratar, a sociedade sofrerá graves prejuízos. O primeiro, há de ser a degeneração daquelas práticas. Todo médico tem o direito-dever de ensinar medicina, pois se não ensinarem os procedimentos conhecidos como atos médicos, não haverá quem o faça. Cada médico deve ensinar seu trabalho para estudantes de medicina e prestar toda a ajuda possível aos colegas que dela necessitem. Mas esta atividade deve obedecer estritamente às normas legais e conselhais que regulam e regulamentam a matéria.

Todavia, esta não é a única obrigação pedagógica dos médicos. Os hipocráticos destacavam a importância de o médico promover

a educação dos pacientes e familiares, de modo a lhes ensinar não apenas como curar um estado de enfermidade, mas como não recair nele. A educação sanitária da população sempre foi obrigação dos médicos, principalmente depois que se teve certeza da influência dos fatores ecológicos e psicossociais nas enfermidades. A necessidade de perpetuar a medicina ensinando-a aos mais jovens é outra dimensão do dever pedagógico que a vida impõe aos médicos. A necessidade dos médicos, sobretudo os que atuam em serviços acadêmicos, de ensinar aos estudantes de medicina se impõe como necessidade da continuidade do trabalho médico.

> *O ensino aos estudantes de medicina coloca peculiaridades importantes e atuais. Os médicos devem evitar ensinar a estudantes de cursos irregulares do ponto de vista pedagógico, legal ou ético. Mas se os estudantes deixarem de praticar o ofício este findará por se extinguir, por isto todo serviço médico pode e deve organizar e fazer funcionar um sistema educativo no qual a supervisão é exigência inafastável. O aprendizado de estudantes, contudo, não deve se caracterizar como exercício ilegal da profissão e não deve tirar trabalho de médicos em atividade regular.*

## Compromissos sociais dos médicos

Em todos os sistemas sociais deve haver alguma correspondência e complementariedade entre os direitos e os deveres (aqui chamados compromissos) das pessoas e entidades sociais que os compõem. Não deve haver direitos sem deveres que lhes sejam correspondentes e a todo dever deve corresponder algum direito. Particularmente, neste trabalho, trata-se dos compromissos e obrigações que os médicos devem assumir na qualidade de médicos, por conta de suas prerrogativas sociais, o já visto *múnus* público da profissão que, de certa maneira, compensa os direitos desfrutados por seus componentes. Compromissos sociais que alguém assume por ser médico e para exercer a medicina, como uma espécie de contrapartida de suas prerrogativas profissionais.

Incluem-se aí os compromissos políticos, civis e cívicos que todo cidadão deve aos que com ele convivem. Por exemplo, a obediência às leis é dever de todo cidadão que vive no Estado de direito. Essa situação de direitos e deveres se contrabalançar harmonicamente na estrutura da sociedade e na história das comunidades também se aplica ao exercício profissional da medicina, como a qualquer outra situação legal. Quando a lei não presta, deve ser combatida e merece que se lute para que seja derrogada. Por isto, é dever dos médicos não praticar atos contrários à legislação.

> *O princípio da legalidade ou da obediência devida só se denomina legalismo nos Estados ditatoriais ou quando o dispositivo legal ultrapassa os limites da moralidade vigente. O que é profundamente imoral é invocar a necessidade de desobedecer à lei para beneficiar a si mesmo ou à sua grei. Assaltar um banco na ditadura militar que reprime os movimentos políticos populares e oprime os cidadãos não é a mesma coisa que assaltar um banco no Estado de direito. Absolutamente. Operar um enfermo perseguido político clandestinamente não é a mesma coisa que operar escondido um bandido sob a vigência da democracia. Por imperfeita que seja.*

Como anteriormente antecipado, certas funções sociais trazem implícitos alguns compromissos individuais e sociais para aqueles que as realizam; compromissos que não podem ser minimizados e não devem ser ignorados por ninguém, menos ainda pelos agentes institucionais que os desempenham como obrigação e prerrogativa sua (como acontece com o trabalho profissional). Todas as profissões têm sua quota de compromissos e isso deve ser claro para seus praticantes. E quando se estabelecer comparações, tais peculiaridades devem ser levadas em conta. Como ocorre, por exemplo, quando se trata do dogma da igualdade das profissões, como se todas fossem iguais, implicassem nas mesmas responsabilidades e tivessem idênticas obrigações. O que não acontece. Nem em termos de profissionalidade ou de profissionalismo.

O soldado, o advogado, o engenheiro, o sacerdote, o professor, o funcionário público trazem todos alguma missão social que os

compromete com determinado modelo de conduta e gera determinada expectativa nos que com eles interagem, criando-lhes algumas obrigações de agir e de não agir. Missão que está inscrita em seu papel social, que a nenhum deles é dado ignorar, sequer minimizar e ao qual devem se submeter. Circunstância, aliás, que se entende como critério de profissionalidade. E todos têm o direito de esperar que devam estar profundamente comprometidos com aquela missão social. Os médicos também.

Existem alguns compromissos sociais que podem ser considerados característicos dos médicos, Compromissos que os diferenciam dos demais prestadores de serviço em uma comunidade. Isto é, as sociedades humanas impõem a algumas pessoas e aos executores de algumas atividades alguns compromissos. O fato sociopolítico, técnico e humano de ser médico e de ter o direito de exercer a medicina com exclusividade impõe alguns deveres denominados *múnus* público, que todos os médicos devem respeitar.

> *O múnus público (do latim múnus publicum) encerra uma série de deveres que o agente social que o ostenta deve praticar. Trata-se de novo ângulo da questão da importância que a sociedade atribui a uma determinada atividade, um aspecto particular dos agentes de uma instituição frente à missão institucional da entidade que abraçaram voluntariamente.*
>
> *Como já se viu, os magistrados e todos os serventuários da Justiça (mesmo que não sejam funcionários públicos), os parlamentares, os agentes do Poder Executivo e outros agentes institucionais compartilham esta condição.*
>
> *Também já se mencionou e vale a pena repetir que o múnus público não implica necessariamente em ausência de remuneração do trabalho. Como regra geral, todo trabalho deve ser remunerado.*

Os compromissos individuais implícitos na missão dos médicos em sua relação com os pacientes, com a sociedade e consigo mesmo são os seguintes:

1. Conduta beneficente ou, ao menos, não maleficente. A sociedade e a tradição de seu ofício exigem que os médicos, todos os médicos, estejam permanentemente comprometidos a buscar o benefício do doente ou, ao menos, o não lhe ocasionar qualquer malefício. Beneficiar e não prejudicar: *primo, non nocere* (primeiro, não causar dano, não fazer mal, como diziam os hipocráticos). Obrigação que se aplica à sua vida e à sua convivência na sociedade. Existem condutas sociais violentas incompatíveis com o exercício da medicina. Da mesma maneira que existem as incompatíveis com a advocacia ou o sacerdócio. Um torturador, por exemplo, não pode ser médico, ainda que não misture sua dissolução com suas tarefas profissionais.

2. Segue-se o compromisso de magnanimidade e abnegação que todo médico deve se obrigar a cultivar. O médico deve prestar lealdade prioritária ao paciente (lealdade que deve preceder sua própria conveniência e, até mesmo, os interesses da sociedade). Princípio que diferencia a atividade médica das outras atividades profissionais. De cujos agentes se espera que não devem ser prejudicados ao prestar serviço ao cliente.

Já se viu que o médico, por este dever de magnanimidade que fundamenta a fidúcia, deve sacrificar seus interesses aos do paciente. A solidariedade ativa do médico ao seu paciente e à humanidade, a beneficência militante. Este é o terceiro compromisso implícito no trabalho médico. O médico serve aos seus pacientes e a medicina também é uma corporação de serviço em prol da humanidade. Não pode ser diferente. Nem deve ser.

> *E, como costumava dizer o modelo de médico que foi Günther Hans: quem não serve para servir, não serve para ser médico. Parafraseando o antigo adágio, tão expressivo do espírito missionário que animou toda a sua existência, quem não vive para servir, não serve para viver.*

A sociedade tem o direito de esperar que os médicos existam e atuem comprometidos com o bem-estar e os interesses das pessoas que se confiam aos seus serviços e mais com as necessidades

sanitárias das coletividades, como um dever seu para com a humanidade. Todo médico tem o dever de agir comprometido como agente social, agente técnico e agente humano, prioritariamente a serviço da humanidade. A serviço da humanidade representada por seus pacientes e corporificada em cada paciente que assiste ou simplesmente atende. Comportamentos desumanos, como a indiferença, ou anti-humanos, como a tortura, são incompatíveis com o exercício da medicina. Este deve ser compromisso de todo médico. Tais compromissos não os fazem heróis, nem santos, nem tampouco deles exigem heroísmo ou santidade. Nem estes são os seus objetivos. Estes compromissos são feitos pelos médicos como pessoas decentes, na mesma medida em que o esforço coletivo para cumpri-los mostram os médicos como cidadãos decentes e pessoas prestantes. Todos aqueles que não desejam ou não possam assumir este compromisso, melhor farão se não buscarem a medicina como a carreira de suas vidas. Deve haver expectativa melhor para eles.

Dentre os profissionais, só médicos e enfermeiros assumem este compromisso altruísta e abnegado com tal nível de autoexigência, diga-se de passagem. Nenhum outro profissional assume compromissos iguais nem, muito menos, as responsabilidades que lhes correspondem. Nem as sociedades que integram ou suas corporações lhes exigem algo assim, de qualquer um deles. A tradição da atividade laboral dos médicos lhes impõe que as pessoas que buscam essa profissão devem estar à altura deste título e buscar se contentar com a retribuição de seu trabalho. Além de tudo, acostumar-se a considerar que só uma fração desta retribuição será feita em dinheiro.

E esta está cada vez menor.

Como regra, o exercício da medicina não enriquece. Mesmo que ganhe muito, ninguém consegue ser feliz como médico se o objetivo de ganhar e acumular dinheiro com seu trabalho for o escopo mais importante de sua atividade laboral ou o único objetivo de sua existência. E a influência desse tipo de conduta nos pacientes

deste médico costuma ser muito má. Geralmente, os pacientes se impressionam muito mal quando identificam um médico interesseiro e ganancioso, e mais ainda se estiverem sendo tratados por ele. A ganância e a usura são tidas como incompatíveis com o exercício da medicina em qualquer uma de suas modalidades pela maior parte das pessoas em todas as culturas. A exploração do trabalho alheio e a cobrança desmedida de honorários, também.

Porque todas essas são condutas desumanizadas que não ficam bem em um médico; ao contrário, lhes cai muito mal. Ainda que estejam muito na moda nos dias que correm e determinem o sucesso financeiro de muitos. O que pode ser superlativamente importante em uma cultura que divide seus membros em *ganhadores* e *perdedores* – e essa classificação depende unicamente da renda auferida por eles. Situação que determina uma séria contradição com os médicos da vertente hipocrática: esse modelo de conduta bem adaptada na sociedade liberalista contraria frontalmente a tradição médica de beneficência e conflita com a expectativa que a cultura faz com pertinência à conduta dos médicos, que deve ser necessariamente desinteressada com relação ao dinheiro.

> *Até mesmo um rico banqueiro ou um grande latifundiário deve tremer ante um médico interesseiro e ambicioso. Quanto mais um cidadão comum, trabalhador que luta com dificuldade para se manter e à sua família, se precisar muito de um médico assim.*

Outra exigência feita aos médicos é a de que sejam cordiais e bem-educados. Todo médico assume um compromisso ético e de civilidade mais exigente do que as outras pessoas de sua cultura e condição social. Não há quem não pretenda que ser médico seja um modelo de conduta social. Ninguém. O médico deve respeitar os sentimentos alheios, ser gentil e educado com todos, especialmente os mais pobres. Felizmente, a imensa maioria age assim. O médico grosseiro, mal-educado e descuidado com sua conduta é péssimo exemplo para os pacientes e transtornador da imagem

pública da profissão. Por dever de ofício, o médico deve ser cortês com todos os que com ele convivem e esperar tratamento idêntico para consigo mesmo.

Receber tratamento respeitoso, digno e cortês constitui direito de todas as pessoas, independentemente do papel social que representem, de seus gêneros ou idades. Este é o tratamento que os médicos devem exigir para si mesmos e proporcionar às demais pessoas com as quais se relacionam, especialmente em seu ambiente de trabalho, mas não apenas ali, sejam superiores, companheiros ou subordinados seus. Mas o médico não tem o direito de exigir mais cortesia que aquela que dispensa aos demais.

Tratar mal aos mais vulneráveis, sejam necessitados ou subordinados, é prova de debilidade de caráter que envergonha os que assistem tais manifestações. Se um médico não puder evitar tais condutas naturalmente, deve fingir. Deve fingir ser gentil, cortês e educado com os demais, até por exigência de seu código de conduta profissional e responsabilidade social. Não importa o quanto esteja sofrendo, nem quais transes pessoais esteja atravessando. O médico deve ser gentil e cortês com todas as pessoas com quem se relacione. Principalmente com seus pacientes e familiares. Grande parte das dificuldades profissionais dos médicos, inclusive as aparentemente técnicas, decorre da frieza ou rudeza de comportamento ante as pessoas com que lidam.

> *Um velho médico, ao chegar ao hospital em que trabalha, cumprimenta a todos os que encontra no trajeto entre o portão e sua sala. Um aluno que o acompanha comenta que poucas daquelas pessoas respondem ao cumprimento e se não é respondido porque prossegue cumprimentando. Porque é meu dever, foi a resposta. Nos quartéis, o menos graduado cumprimenta o mais graduado. Dá-se coisa diversa na vida civil. O mais educado cumprimenta o menos educado.*

Todos os códigos deontológicos dos profissionais de saúde (inclusive o Código de Ética Médica) destacam que essa responsabilidade deve se mostrar muito mais imperativa quando se refere

ao tratamento dispensado aos pacientes, acompanhantes e aos companheiros de trabalho, notadamente aos seus colegas. O rigor com que os médicos devem exigir o cumprimento deste dever deles mesmos deve ser tão maior quanto mais vulnerável for a pessoa com que estejam interagindo.

Os códigos de conduta profissional dos médicos mais recentes estendem este dever especialmente para com os profissionais de atividades correlatas e vizinhas, seus companheiros de equipe. Aos quais deve respeitar e dos quais deve esperar respeito. Consideração e respeito são as palavras-chave para entender a maior parte das relações sociais. Inclusive, as relações profissionais. Um aspecto deste respeito abrange as autonomias técnica e profissional, as quais serão tratadas em outro momento deste trabalho. Como parte integrante deste tratamento respeitoso, digno e cortês que os médicos devem exigir de seus superiores e empregadores, situa-se a satisfação de sua necessidade profissional de atualização e aperfeiçoamento profissional. Todos os serviços médicos devem contar com um programa de educação médica continuada, por mais modestos sejam. Mesmo que se limitem a um grupo de estudos, reuniões clínicas periódicas ou atividades análogas que possibilitem a seus médicos se atualizar e desenvolver a capacidade técnica.

Os médicos que não estudam e os serviços médicos que não mantêm programas para atualizar e melhorar seus médicos não correspondem à confiança que os pacientes neles depositam. Este deveria ser um bom critério para avaliar os serviços de saúde. O médico que não estuda e não se atualiza revela menos zelo por si mesmo do que por seus pacientes.

As organizações médicas têm o dever de assegurar à sociedade o direito a ser assistida por médicos atualizados – pois, mais que quaisquer outras, têm os meios para assegurar este direito à sociedade. Por isso, são incumbidas do dever de habilitar (ou certificar) especialistas e promover os meios para assegurar sua atualização. (O que costuma se denominar recertificação, por influência do inglês.)

## A necessidade de haver médicos e o seu surgimento

Praticamente, todas as culturas necessitam de quem cuide seus doentes e os trate em suas enfermidades. Ainda que não fossem chamados assim à época, os médicos (como eram denominados os curandeiros gregos) surgiram bem antes que sua tarefa fosse batizada como medicina. As inferências históricas mais remotas mostram que não surgiram na sociedade com as mesmas características atuais. Sua emergência dentre o universo dos xamãs, pajés, feiticeiros, sacerdotes e curandeiros resultou de longo desenvolvimento técnico e social, assinalado por dois traços constantes: a disponibilidade do agente e a confiança do paciente nele. Traços herdados de quando se acreditava no caráter sobrenatural das enfermidades e, por consequência, na necessidade do emprego de recursos igualmente sobrenaturais no tratamento.

Aristóteles supunha que o avanço do conhecimento, sobretudo o constante aperfeiçoamento do conhecimento científico, fizesse com que as superstições fossem superadas e se naturalizasse a medicina. Superestimava, o estagirita, o bom-senso e a inteligência humanas ou a inteligência tem pouco a ver com a credulidade. As superstições parecem tão viçosas quanto dantes.

> *É necessário cuidar para entender que este processo de naturalização (como superação do sobrenaturalismo) não se perverta em desumanização. Como acontece, por exemplo, com o mercantilismo, o fisicalismo, o biologicismo. o burocratismo que, muitas vezes, se apresentam disfarçados de exercícios de laicidade. O que não são.*
>
> *Nem pode decair na perversão oposta, que consiste em acarinhar e agradar os doentes sem o necessário fundamento técnico e científico em sua conduta. Como em muitas situações humanas, também neste caso a virtude está no meio. No cuidado científico humano e humanitário. Como todos parecem desejar.*

Depois do sobrenaturalismo ter sido superado da medicina pelo avanço das ciências e do entendimento natural do mundo, surgiram os médicos leigos que vêm desenvolvendo progressiva e in-

cessantemente a maior eficácia e segurança de seu trabalho para justificar a confiança neles depositada. Médicos cuja primeira tarefa social parece ter sido mostrar que eram iguais ou melhores que os sacerdotes médicos. Foi então que surgiu a precocíssima preocupação dos médicos com a ética e nasceu a ética médica, primeira ética profissional. Por esta época ou logo depois disto, sua atividade passou a ser denominada medicina. A tarefa de curar as pessoas enfermas se deslocou do campo sobrenatural para o natural como resultado do avanço do conhecimento da natureza e o aperfeiçoamento da sociedade, inclusive o surgimento das instituições sociais.

Tal fenômeno também decorreu da constatação de haver importante diferença entre as possibilidades técnico-científicas dos médicos e dos curandeiros (religiosos ou não) no tratamento de seus doentes. E na comprovação de que o resultado do tratamento não depende de uma aptidão mágica para curar, essencial da identidade do curandeiro, mas um ato técnico apoiado na solidariedade.

É verdade que o ritmo da evolução técnica (e da mudança dos e nos agentes sociais da terapêutica) dependeu das condições socioeconômicas e culturais, principalmente da importância que a sociedade atribuiu e atribui aos médicos. Tal importância depende da confiança que recebem. O que essencialmente depende de seu comportamento profissional. Pois, ao longo da história, a necessidade de cuidado dos enfermos sempre preponderou sobre a possibilidade dos médicos em tratá-los com eficácia.

A importância que se atribui ao médico e aos demais profissionais de saúde também depende da importância que se atribui aos doentes atendidos por eles. Quando a sociedade está dividida em classes (escravos e escravagistas, servos e senhores, operários e patrões) pode-se verificar uma tendência a desenvolver duas formas de assistência médica. Cada uma valorizada de acordo com a importância atribuída às pessoas que assiste.

Outra inferência identificada no tocante ao estudo do surgimento e evolução do trabalho médico é a que decorre diretamente da necessidade de identificar a natureza essencial da interação dos médicos com seus pacientes. Identificação que obriga a responder pelo menos a quatro perguntas essenciais:

1ª) A medicina será uma atividade humana predominante ou exclusivamente técnica ou tecnológica, isto é, regida unicamente pelo conhecimento científico e presidida apenas pelas normas técnicas?

2ª) O trabalho médico será essencialmente uma atividade comercial. Encerra apenas uma produção e prestação de serviços médicos a serem consumidos, trata-se primariamente de um negócio mercantil, um serviço comum negociado no mercado, um negócio essencialmente processado sob a égide da legislação civil e comercial, notadamente o Código do Consumidor?

3ª) Ou será uma interação inter-humana especial, uma relação de confiança, uma espécie de sacerdócio, predominantemente de ajuda e proteção de alguém necessitado e, por isto, essencialmente ética, que deve ser mediada essencialmente pelos valores morais e civilizatórios, pelos instrumentos axiológicos e pelos direitos humanos?

Estas três possibilidades, entre outras, circulam entre as opiniões sobre a essência do trabalho médico. Aqui se aceita todas as três possibilidades de resposta, porque não são excludentes. E porque a síntese de todas traduz a realidade do labor profissional em qualquer profissão, mas, especialmente, do trabalho médico.

No entanto, uma quarta pergunta aparece com frequência quando se trata disso: a medicina existe como fenômeno individual, social ou será uma atividade simultaneamente individual e social? A resposta que se dê a esta última pergunta faz surgir pelo menos mais duas questões relativamente comuns e que são formuladas explicitamente ou se conservam subjacentes em numerosas indagações sobre a medicina e seu exercício como profissão:

a) como teria surgido a medicina-profissão e quando teria começado a ser praticada como tal, e o que se faz necessário para que ela exista?

b) teria esta profissão se originado das necessidades clínicas dos doentes ou da conveniência individual ou social dos médicos?

Como atividade da sociedade organizada em volta dos valores econômicos (o que se convencionou denominar *mercado*), toda profissão existe para atender às necessidades da clientela e à conveniência dos seus agentes, mas esta última deve ser histórica e socialmente secundária. Bastante. Nas atividades profissionais exercidas como exercício de compra e venda de mercadorias ou serviços, a motivação essencial deve ser dupla. De um lado, a conveniência de quem realiza aquele trabalho – a oferta (produtos); de outro, o interesse do comprador – a procura ou demanda pela mercadoria. Quando se trata de uma mercadoria qualquer, existem formas legais e aceitáveis de provocar ou fomentar a demanda em benefício dos interesses comerciais que patrocinam a resposta. Coisa que seria intolerável na medicina. Imagine-se disseminar uma doença para tratar os doentes.

A medicina não surgiu como atividade mercantil. Esta qualidade lhe foi imposta pelas formas de organização da sociedade, principalmente como as pessoas nela se organizaram como agentes produtivos e consumidores. Que têm variado muito na trajetória histórica e continuarão a se transformar. Entretanto, esta vertente econômica existe e é poderosa. E isto não deve ser esquecido por quem pretende entender a medicina e a sociedade.

> *Mesmo condutas comerciais tidas como inocentes, como a publicidade imoderada, buscar atrair os pacientes alheios ou angariar clientela sob pretextos exagerados ou deselegantes, não costumam ser toleradas pelos organismos de fiscalização e controle do exercício profissional dos médicos praticamente no mundo inteiro.*

No comércio de mercadorias (sejam bens materiais ou serviços, não vem ao caso) o interesse dominante poderá ser do vendedor

ou do comprador, na dependência de quem necessita mais do negócio. O que, em geral, depende da relação entre a necessidade de quem oferta a mercadoria e a necessidade de quem procura o produto negociado no mercado. Por isso, o vendedor busca criar ou incrementar a necessidade do que vende (como ocorre no comércio com as drogas dependenciógenas, por exemplo). Para cada um destes casos, o comerciante terá sua diretriz estratégica para vender com mais lucro e a obtenção do lucro maior possível é a grande diretriz de sua conduta. Na medicina não pode ser assim, a despeito de sua dimensão mercantil. Isto também sucede muito no comércio de remédios. Qualquer clínico sabe da pressão que os pacientes fazem para que lhes seja prescrito um produto farmacêutico muito propagandeado.

Por mais que se supervalorize a dimensão econômica da medicina, como a cultura neoliberalista está fazendo atualmente, ela não é, não pode e nem deve ser uma atividade predominantemente mercantil e sem qualquer controle (como são os bancos, por exemplo). Sua ética não pode ser reduzida à ética comercial comum. Nem mesmo à ética da comercialização dos demais produtos intangíveis cujo resultado não pode ser previsto, como os serviços jurídicos, por exemplo. Não é possível que o médico dirija suas relações com os seus pacientes dirigido pelas variáveis financeiras de sua relação. Nem deve se comportar dando essa impressão.

Nem se pode imaginar médico que difunda intencionalmente uma enfermidade para ter clientes e aumentar a procura de seus serviços, e os organismos de controle profissional devem se manter atentos para que isto não aconteça – apesar de tal procedimento (a difusão de uma necessidade a ser atendida por um produto) ser muito comum no comércio em geral. Na medicina isto não deve ocorrer, principalmente por conta do caráter basicamente ético com que esta profissão deve ser exercida. Como acima mencionado, seus profissionais existem para atender aos interesses dos doentes, devendo se esforçar para não serem mais necessários. O que é uma situação extremamente original (que deixará de exis-

tir, caso a medicina se reduza a uma prática comercial comum, sujeita única ou principalmente às normas que regem as relações de consumo). Esta é a principal razão pela qual os médicos (e os agentes sociais e os políticos mais responsáveis) devem recusar radicalmente sua caracterização como atividade predominantemente econômica. Quanto mais, exclusivamente.

Noutro plano de análise desse tema, sabe-se que a medicina é uma técnica (isto é, aplicação de conhecimento refletido e experimentado) e, cada vez mais, uma tecnologia (aplicação de conhecimento científico), conhecimento baseado na verificação rigorosa por meio de investigações científicas reconhecidas como as mais exigentes em termos metodológicos. Mas essa vertente tecnocientífica que lhe é essencial é sua desde há muito, contudo não é a marca mais essencial de sua identidade profissional. O dever de solidariedade se sobrepõe a ela. Por isto, a ética da ciência, inclusive a bioética original, não lhe é suficiente. Nem os procedimentos havidos na relação médico-paciente podem ser avaliados considerando-se apenas as normas técnicas de sua realização.

Protocolos, consensos, diretrizes, *guidelines* são importantes e devem ser respeitados, mas não são dogmas para serem obedecidos a todo custo. Nem a técnica ou tecnologia, nem a ética da técnica ou da tecnologia se mostraram suficientes para fornecer alicerce confiável para substituir a relação médico-paciente. Da mesma maneira que as normas e a ética mercantil não foram capazes de fazê-lo.

Mesmo hoje, vinte e cinco séculos depois dos hipocráticos, a ética médica e os fundaments da *tecknê* médica continuam válidos e úteis para suas finalidades. Nunca é demais insistir que a medicina surgiu de necessidades típicamente humanas: a angústia, a dor, o medo, a incapacidade frente à experiência da doença, do sofrimento. Assim, não se deve esquecer que desde a origem da medicina considera-se essencial que o médico priorize os interesses dos seus pacientes sobre os da sociedade e sobre os seus próprios, o que é o fundamento de toda ética médica. E até sobre

os da sociedade, mesmo os da comunidade mais próxima que era a pólis (a Cidade-Estado grega, matriz da civilização ocidental, lugar onde se inventou a técnica e a democracia). Essa é a base do fenômeno chamado *fidúcia médica*, que fundamenta a relação médico-paciente e assegura ao doente sua confiança no médico.

Todo paciente tem o direito de acreditar que seu médico está a seu serviço, qualquer que seja a natureza do vínculo profissional que os une, e que os médicos só existem para atender necessidades humanas como aquela que ele atravessa. Já se mencionou que, à luz dos conhecimentos históricos existentes, a origem precisa do trabalho médico ainda está por ser conhecida com precisão, mas sabe-se que seu motor foi o sofrimento alheio.

A confiança mútua alicerça a relação médico-paciente, que não pode existir sem ela. Essa base do compromisso fiduciário nasce e se desenvolve com o dever de respeitar o interesse do paciente e guardar sigilo de sua comunicação. O médico tem o direito-dever de guardar segredo do que sabe em função de seu trabalho. Ninguém, nem mesmo os agentes estatais, tem o direito de constrangê-lo a abandonar este dever. Fato que o Código de Ética Médica estabelece muito claramente. Mesmo quando intimado por um magistrado (e não um delegado ou promotor), o médico comparece e alega seu dever de obedecer ao princípio do sigilo, e não depõe se isso agravar a condição de seu paciente.

A medicina-profissão pode (e provavelmente deva) ter se originado como consagração social da ajuda solidária das pessoas para com os doentes, que, desde o início, existiu como necessidade simultaneamente individual e social. A necessidade pessoal de ajudar um padecente e a necessidade coletiva de cuidar de seus indivíduos enfermos há de ter sido o motivador do aparecimento da prática do cuidado com os doentes. Muito provavelmente, como misto do espírito de luta contra a adversidade e do sentimento de compaixão com quem sofre. Mas o sentimento também pode derivar da tendência a se identificar com o paciente, se colocar na sua situação e esperar, dele, conduta análoga. Na qualidade

de um ato de ajuda, ao mesmo tempo técnica, compadecida e solidária, que uma pessoa sadia preste a outra com a qual se identifica e que estivesse doente, ferida ou, de alguma maneira, necessitada de auxílio e cuidado por estar enferma.

No início das culturas conhecidas, os agentes da magia e da superstição faziam o papel de médicos. A seguir, os seus herdeiros naturais foram os religiosos de todas as religiões. Foi quando surgiram os templos destinados à cura dos doentes. Só bem depois dos tempos mais primitivos, quando a civilização já estava mais adiantada e se verificou a necessidade da laicização, os médicos leigos, com formação profissional controlada pela corporação e com o seu exercício social fiscalizado por organismos estatais e corporativos, receberam um estatuto sociocultural que lhes atribuiu responsabilidade pelo atos técnicos de diagnosticar as doenças e de curar os doentes – a partir daí, tiveram sua responsabilidade social definida.Essa situação perdurou até que os feiticeiros, os xamãs e, mais tarde, os sacerdotes passassem a exercer esta atividade como mandato social até serem sucedidos pelos médicos leigos, inaugurando-se uma nova era na história da medicina. Era que subsiste até hoje.

A medicina, como experiência pessoal humanitária, há de ser mais antiga que qualquer outra de suas dimensões (técnico-científica ou sociolaboral). Neste terreno, costuma-se afirmar, e parece ser verdade, que apesar de se poder definir a medicina como profissão dos médicos, a prática técnica médica, seu exercício como atividade humana genérica de ajuda aos enfermos parece anterior (e superior) a todas as outras estruturas de motivação que têm sido invocadas para explicar seu aparecimento na humanidade.

Estudos de paleopatologia indicam que a enfermidade é mais antiga que a humanidade e com ela evoluiu no processo de hominização. Na pré-história "já havia assistência aos enfermos atenta, constante e eficaz", como escreve o antropólogo J. Dastugue a propósito de uma mulher multifraturada da época mesolítica, vítima de acidente, cujos restos foram examinados por patologis-

tas especializados em paleopatologia. “Não obstante uma paralisia quase total devida a múltiplas fraturas, conseguiu sobreviver durante muito tempo. Pressente-se já aqui a intervenção de um grupo familiar”, adianta o autor do texto, dando exemplo do pensamento etnocêntrico tão comum nos europeus [2]. A família foi a primeira cuidadora dos doentes, tarefa atribuída especialmente às suas mulheres em virtude da permanência no lar.

> *Presunção ousada, pelo menos em sua conclusão. Por que grupo familiar? Não poderia ser um grupo de outro tipo? Talvez sim, porque provavelmente a família natural há de ter sido a primeira comunidade estável na qual os humanos nasciam e se desenvolveram. Se outras pessoas não tivessem cuidado dela, teria morrido. A infância é um período da vida individual caracterizado por um estado de dependência integral relativamente grande.*
>
> *Por isto, aos seres humanos a sobrevivência da espécie só é possibilitada com um sistema social de apoio qualquer que lhes permita superar este tão longo período de dependência absoluta do infante. Adicionalmente, quanto mais se sofistica a civilização, mais se amplia este período preparatório para a vida adulta marcado pela dependência.*

As mães e irmãs foram substituídas pelas curandeiras e curandeiros quando a sociedade se fixou espacialmente. A medicina deve ter-se originado como atividade compadecida de base empírico-espontânea, sem qualquer traço instituído ou de procedimento técnico; depois, passou a incluir elementos técnicos cada vez mais complexos, confiáveis e eficazes (a dimensão mercantil apareceu bem mais tarde). Findou por tornar-se uma aplicação prática humanitária de conhecimento científico sobre as doenças e os doentes, conhecimento que emergiu da experiência do cuidado interpessoal e veio a ser uma atividade científico-técnica e humanitária cada vez mais especializada, com resultados cada vez mais confiáveis. O próximo passo do progresso consistiu em promover

---

2 Burgiére A., Klapish-Huber MS, Zonabend F. História da família, ed. Terramar, Lisboa, 1986, p. 69.

a técnica em tecnologia médica pelo acréscimo da experimentação ao raciocínio lógico elaborado e a observação sistemática.

## Para que servem os médicos

Os médicos são anteriores à medicina, surgiram apenas para atender as necessidades dos doentes e feridos. Para curá-los (com o sentido de cuidar deles), devolver-lhes a saúde, minorar-lhes o sofrimento e, quando nada mais fosse possível, consolá-los em suas agruras. Tudo o mais é secundário, inclusive as técnicas, tecnologias e outros meios que empreguem para isso.

A medicina, mesmo como atividade humana profissional, técnica e ética dedicada essencialmente à prevenção, diagnóstico das enfermidades, tratamento e reabilitação dos enfermos (além das outras tarefas profissionais decorrentes diretamente estas) tem sua origem imersa em tempos anteriores aos registros históricos mais remotos. Confunde-se, mesmo, como a consciência compadecida diante do sofrimento alheio. Convém ter presente que aqui se denomina *enfermo* a uma pessoa afetada danosamente por uma condição patológica, mesmo sem sintomas, mesmo que não se dê conta dela. E *doente* à enfermidade conhecida pelo paciente. O doente tem consciência de sua doença, o enfermo nem sempre.

A prática da medicina pode ter se iniciado em um impulso solidário individual, quando alguém sadio se debruçou sobre outro que estivesse enfermo para ajudá-lo na sua dificuldade, no ferimento, na incapacidade, na dor (o que pode – até ou deve – ter sido uma conduta pré-humana ou proto-humana). É possível que tal conduta fosse estimulada pela esperança ou compromisso de reciprocidade, mas isto não importa aqui. Tal modalidade de conduta de auxílio, inicialmente individual, prosseguiu como prática social na atividade dos xamãs e feiticeiros, agentes culturais característicos do animatismo e do animismo.

Com o advento das religiões, o cuidado dos enfermos passou aos sacerdotes, que o realizava como prática religiosa. Depois, passou

a ser entendida como atividade social e cognitiva laica, formalmente especializada e reconhecida como racional destinada a conhecer as enfermidades e a curar os enfermos. A mais antiga raiz da medicina pode ser identificada na civilização grega e situada por volta do século VI antes de nossa era, quando ali emergiu a medicina leiga e racional.

Neste momento desta narrativa importa destacar que a missão de curar dos médicos não se resume a promover a recuperação do organismo doente à sua integridade original. Curar não se resume a sarar ou a sanar (por mais que a linguagem comum assim empregue esta expressão). Pois, se assim fosse, os médicos nunca teriam sobrevivido como ofício. Há muitos séculos se sabe – e se sente – que curar significa cuidar  e, muitas vezes, consolar. O importante é que se cuide com desvelo e responsabilidade. Cuidar como exercício de filantropia (amor pelas pessoas).

> *Aí naufragaram os críticos da medicina como praticada até o século XVII, como Foucault, que a avaliaram apenas pela possibilidade de sanar. Esqueceram a necessidade de afetividade, solidariedade e esperança do cuidar que todo doente apresenta em maior ou menor grau.*

Os médicos foram os agentes sociais dedicados ao processo de aplicar os procedimentos de diagnosticar doenças e cuidar dos doentes. Até porque foram criados e especialmente preparados para isto. A medicina, definida sucinta e anteriormente como a atividade profissional voltada para o diagnóstico das enfermidades, tratamento dos enfermos e prática de outros procedimentos profissionais decorrentes desses, constitui uma versão contemporânea da antiga definição que rezava: “A medicina é a ciência e a arte de curar”.

Curar como sanar e curar como cuidar, que este verbo contém estes dois sentidos que não devem ser confundidos e nenhum deles deve ser omitido quando se trata do trabalho médico. Em qualquer um destes graus de abrangência, esta definição pode ter seu centro de gravidade situado em um ponto muito diferente

em seu espectro de possibilidades mensuráveis objetivamente, porquanto a efetividade dos procedimentos médicos só se tornou fato inconteste no século XIX. Até então, o médico era o melhor remédio. E não terá deixado de ser.

## O que é o trabalho médico

O que é o trabalho médico? Qual seria o seu gênero significativo mais próximo? Isto é, qual seria sua qualidade mais característica? O saber (ciência) ou o fazer (arte, como os antigos a entendiam)? Convenhamos, o trabalho médico, por definição de seus termos, há de ser saber e fazer. Exatamente um fazer fundamentado em um saber, mas um fazer legalmente autorizado. Não obstante, pode-se situar a tônica do conceito de medicina na profissão (tradução da antiga expressão *arte e ciência*) como, principalmente, uma modalidade de trabalho social, mas não um negócio (o negócio de vender ajuda técnica, atividade mercantil na qual o médico presta seus serviços aos doentes e, em troca, recebe sua remuneração). Mas não é um negócio comum. Não pode, nem deve ser. É uma profissão que se obriga a ser ética.

Entretanto, a medicina também pode ser uma técnica (conhecimento empírico aplicado, após uma certa experiência e reflexão) ou um recurso tecnológico (uma aplicação científica), mas nunca é só isto ou pode ser reduzida a essa dimensão. Pois também é uma técnica que se apresenta como ação benemerente de ajuda humanitária. Além de poder ser um procedimento burocrático realizado mais ou menos mecanicamente, uma atividade pré-programada ou uma atividade-meio em um sistema produtivo. É tudo isto de fato e pode ser mais, como se viu no bloco anterior.

Deve-se entender a medicina como profissão de serviço de saúde, uma profissão a serviço dos doentes, pois sem enfermos não existiriam médicos. E, por consequência, não haveria sua profissão: a medicina. Nestes termos, a medicina existe como entidade abstrata, mas real. Ente abstrato que só se materializa na ação profissional dos médicos, mas se realiza. Portanto, sem médicos

não há medicina. Absolutamente. Isto deve ficar bem claro na consciência das pessoas. Desse ponto de vista, a necessidade que os médicos tenham de ganhar dinheiro com a medicina deve ser considerada secundária e, mesmo, acessória (porque devem privilegiar as necessidades dos pacientes).

A primeira questão que o médico deve fazer para si mesmo diante de um doente é: qual a melhor conduta para esse paciente? A resposta honesta lhe dirá o que fazer. O que interessa a si mesmo, ao hospital, à empresa, ao governo ou a quem quer que seja deve ser deixado para depois. Essa situação deve ser considerada aqui porque, se os médicos não tiverem minimamente satisfeitas suas necessidades individuais e sociais, não haverá médicos para cuidar dos doentes. Pois os médicos e a medicina existem em benefício dos enfermos. Tudo o mais é secundário a este propósito primeiro e essencial.

A conduta altruísta do médico fomenta a confiança do paciente e a consolida com o tempo. Na relação médico-paciente modelo a satisfação dos interesses objetivos e subjetivos dos pacientes deve preceder ao atendimento dos interesses dos médicos naquele relacionamento. Ainda que devam ser considerados legítimos e adequadamente valorizados, reconhecidos e remunerados, mas apenas quando não se superponham aos interesses da saúde do doente e não comprometam sua confiança.

Contudo, é necessário reconhecer que, atualmente, esta tradição médica sofre bastante na época egoísta e consumista que a sociedade constrói à sua volta. E que não pode deixar de influenciá-la negativamente. Quando reina o egoísmo, o altruísmo pode parecer inteiramente superado, antiquado. Importa muito saber que é bastante comum, e não apenas possível, que haja mais médicos altruístas do que os que atuam de modo interesseiro, cobiçoso e mercenário.

> *Os avaliadores de qualidade dos serviços médicos costumam empregar questionários de satisfação para fazê-lo. Esquecem que grande parte do êxito ou fracasso da relação médico-*

*paciente depende da possibilidade de o médico atender as demandas subjetivas e objetivas de seus pacientes. Demandas objetivas que nem sempre são conscientes e, por isto, quase nunca são inteiramente comunicadas ao clínico de forma direta e facilmente perceptível.*

*Além do fato de que as necessidades objetivas dos pacientes frequentemente conflitam com seus desejos, e com grande intensidade. É comum que os doentes desejem que se lhes apliquem medidas prejudiciais. Se a isso forem adequadamente motivados ou sugestionados.*

O trabalho médico se desenvolve como atividade técnica especializada em função dos objetivos da medicina. Na medicina podem ser identificadas duas ordens de objetivos: servir ao doente (objetivo primário do trabalho médico) e recompensar o labor do médico (objetivo decorrente e secundário àquele). Há muito, tem-se como princípio que o trabalho médico só deve beneficiar a quem o recebe e a quem o presta. Mas, prioritariamente a quem o recebe. O médico deve priorizar o interesse do doente sobre todos os demais, inclusive o seu. Esta é a regra de ouro da profissão médica, que sempre deve ser lembrada. Esquecer este dever abre a porta para muitas condutas irregulares e antimédicas.

Entretanto, deve-se destacar que este benefício, ao que antigamente se chamava a cura médica, nem sempre é a completa sanação do paciente, a recuperação ou aquisição da saúde; a restituição do organismo do enfermo ao estado anterior à enfermidade, à plenitude de sua integridade estrutural e funcional. O benefício curativo proporcionado pelo médico ao paciente pode ser o alívio do sofrimento, o gesto de carinho, o consolo, o desvelo com que cuida dele. Esta dimensão afetiva do procedimento médico deve ocorrer sem que este deixe de ser um serviço e uma aplicação tecnológica, um ato profissional. O que não é pouco e pode exigir grande esforço, mas é o que se deve esperar de um médico. Quando se trata deste tema, importa considerar a fantasia (ingenuidade ou vigarice) que apresenta o médico como trabalhador desinteressado de valores materiais, um sacerdote, dizem.

Em primeiro lugar, há que se considerar que os sacerdotes não são desinteressados como se pode crer. Nem mesmo os que fazem voto de pobreza e que abjuram outras tentações do "mundo". A maioria não é, pois as instituições religiosas costumam ser bem ricas – muitas, miliardárias. Em segundo plano, há que se considerar que a atividade laborosa é interessada e voltada para a remuneração de seus agentes. Mas o que os médicos devem exigir de si próprios é que seu interesse (material, psicológico ou social) não suplante o interesse por seu paciente e não situe a dimensão financeira de seu trabalho como valor dominante de sua conduta profissional. Para isto, torna-se necessário que a ajuda médica represente mais que o cumprimento de uma obrigação: seja prazerosa para o médico, nunca um sacrifício. O que implica em outra característica própria da medicina: a vocação. A inclinação natural de uma pessoa por certa atividade.

A primeira dimensão da vocação médica é a filantropia (amor pelos seres humanos e, no caso dos médicos, dos pacientes); a segunda está encerrada na filotecnia hipocrática: amar o seu trabalho, realizá-lo com prazer e alegria. Sentir-se recompensado com sua realização. Fazer o que não gosta é uma porta do martírio; a terceira é a filosofia hipocrática (amor pelo conhecimento), qualidade tão importante em uma área na qual os conhecimentos são tão extensos, complexos e radicalmente renovados em períodos cada vez menores. Quase sempre o bom médico é apaixonado pelo conhecimento médico.

Como procedimento técnico e social a serviço dos doentes e lhes concedendo prioridade, convém destacar os dois níveis de competência da medicina: o nível técnico-científico, expresso pelo conhecimento científico, suas aplicações e habilidades específicas; e a competência humana, expressa na capacidade relacional e nas possibilidades de cuidar e gostar dos seus pacientes de modo solidário.

Alguns povos antigos não tiveram médicos (agentes sociais especificamente preparados e credenciados para diagnosticar enfer-

midades e tratar enfermos) ou curandeiros (sem preparação específica, mas com atividade definida). Em todos os casos, aquelas pessoas eram consideradas as mais capazes para exercer aquele mister.

Contudo, todas as sociedades sempre contaram com pessoas que executassem algum tipo de atividade curativa que pudesse ser chamada *medicina* (com o sentido mais amplo possível desta expressão destinada a cuidar dos doentes e feridos, o de assistência médica, cuidado médico), ainda que esta atividade não fosse encarnada por uma só pessoa ou um só tipo de agente detentor de um papel social específico (curandeiro, sacerdote-médico, médico-leigo).

Nas épocas mais primitivas de todas as culturas, como faz com todas as outras atividades que ultrapassam as necessidades individuais, a comunidade se organiza para realizar coletivamente o trabalho que interessa a todos enquanto não se faz necessário alguém especialmente especializado. Inclusive, cuidar dos doentes. Como as culturas que tinham crenças religiosas, mas não sacerdotes, a comunidade inteira lhe faz às vezes e desempenha suas tarefas.

Na Babilônia, como em muitas pequenas comunidades primitivas isoladas,  todas as pessoas da comunidade se atribuíam o dever de indicar o tratamento dos enfermos. O que acontecia, muitas vezes, em cerimônias públicas realizadas nos mercados ou praças.

> *Essas terão sido as primeiras assembleias populares diagnósticas e terapêuticas. Não devem ter dado certo. Pois foram substituídas por agentes sociais específicos para esta atividade. Talvez aí se originou a crença de que a reunião de ignorantes substituiria um sábio e muitos medíocres, um gênio (O que não implica em subestimar o trabalho coletivo, intelectual ou manual, que seria a tolice oposta). Individual e coletivo são categorias dialéticas, apenas aparentemente opostas, mas, realmente, unitárias, e não devem ser confundidas.*

*Com o tempo, as pessoas descobrem ser melhor confiar na opinião dos especialistas do que nos palpites populares quando têm a vida em jogo. Ainda que nas pessoas educadas este interregno não deva existir.*

## A falácia de uma medicina sem médicos

Há muitos séculos, apenas as comunidades primitivas ou bem pouco desevolvidas não contam com serviços médicos para atender a seus pacientes, às pessoas que necessitem deles. Como regra geral, onde não há médico (agente social formalmente preparado e legalmente habilitado para a tarefa de tratar os doentes, e que o faça de forma organizada e corporativa), alguém deve praticar este cuidado. Neste caso, em geral, o xamã, o pajé, o feiticeiro ou o curandeiro poderia ser qualquer um que se dispusesse a ajudar, levasse a sério essa tarefa e inspirasse aos demais alguma confiança em sua capacidade. Capacidade que era atribuída a certo dote sobrenatural de algumas pessoas sobrenaturalmente eleitas: o "poder de curar". Poder atribuído a uma superioridade pessoal ou ao benefício de uma entidade sobrenatural. Ideia que, repita-se, constitui o cerne do conceito de curandeiro, que, como qualquer um pode constatar, não é privilégio de culturas primitivas nem de pessoas deficientes e extremanente crédulas.

O curandeiro sempre foi (e ainda o é) mais que um tratador, é tido como portador de um dom sobrenaturalmente conferido e que o torna capaz de mobilizar influências sobrenaturais para curar um doente. Todos os povos primitivos utilizaram-se de recursos assim para cuidar de seus enfermos. Contudo, não se deve supor que esta função assistencial, digamos, primitiva, diga-se "vicariante" ou substituta da assistência médica, seja característica das comunidades mais atrasadas. Ao contrário, são comuns mesmo nas grandes metrópoles de regiões desenvolvidas. Também não servem apenas aos mais pobres. Ao contrário. Mas, como regra geral, os ricos só empregam este tipo de "tratamento" quando não dispõem de alternativa mais eficaz.

Sempre que os agentes de uma atividade socialmente necessária não conseguem dar conta de sua tarefa, a sociedade os substitui ou a sua agência. Isso acontece com todas as atividades técnicas e também pode suceder com a medicina. Ainda que seja importante recordar que a assistência médica não é igual a assistência de um médico. A assistência médica exige a mobilização de numerosos recursos humanos e materais para existir. Em situação análoga, poderia haver médico na comunidade em número insuficiente para as necessidades de saúde da população. Como sucedeu em vastas extensões das Américas durante quase três séculos depois da chegada dos europeus; portanto, proliferaram curandeiros, parteiras leigas, charlatões de todas as qualidades, que a necessidade obrigava a tolerar e, até, a estimular. Uns, faziam isto bem intencionados, movidos pelo desejo de servir solidariamente aos enfermos e acreditando que lhes poderiam ser úteis, que um curandeiro era melhor que nada. Outros, especialmente muitos dos que exerciam o curandeirismo, como costuma acontecer, aproveitaram a situação para servir-se. Como, aliás, ocorreu em todos os momentos análogos a esses, em todas as situações sociais. Mateus, primeiro os meus...

No processo de descolonização e construção do capitalismo desenvolvido ou na transição de regimes feudais ou semifeudais para o socialismo, como sucedeu na Rússia, China e Cuba ao longo do século XX, pareceu necessário a seus governantes improvisar cuidadores para atender os enfermos e a quem estivesse ameaçado de enfermar em locais onde não houvesse médicos. Os médicos descalços e os agentes de saúde. A presunção fácil de que, como há doenças mais fáceis de combater, estas poderiam ser enfrentadas por um agente social minimamente preparado. O exemplo foi seguido pelos governos em locais ermos e desassistidos.

O primeiro erro básico consiste em esquecer que sintomas aparentemente simples podem esconder enfermidades graves e insuspeitadas. Outro erro essencial reside na crença ideologizada de que seria a enfermidade que deveria ser tratada, e não o enfermo... A expressão “tratar o doente da sua enfermidade” pode ter

sido transformada em “tratar da enfermidade” e, logo, “tratar a enfermidade”. Resultou em um contrassenso, mas muito difundido. Deslocar para a enfermidade a questão que deve estar enfocada no enfermo, como é a terapêutica. O terceiro equívoco decorre da omissão do fato de que uma enfermidade “leve” pode encobrir ou complicar e evoluir como “grave”. Todo enfermo, por causa de sua humanidade, tem o direito à melhor assistência existente. Prova disso é que os dirigentes sanitários que defendem estas teses e as fazem aplicar nos outros não as empregam em si mesmos nem em seus filhos ou outros familiares.

A história mostra que a experiência chinesa dos médicos descalços, a hipertrofia das funções dos agentes leigos de saúde, a mobilização do trabalho dos curandeiros, o aproveitamento do trabalho das parteiras leigas e dos dentistas práticos são emblemáticos deste processo social de improvisar e atribuir a agentes ocupacionais insuficientemente qualificados tarefas que exijam deles mais do que o que podem dar. Mas, principalmente, de fingir algo que não se realiza, de enganar a clientela. Procedimentos políticos que se baseiam na crença de que é melhor (ou menos mau) prestar assistência de baixa qualidade do que nenhuma assistência à saúde. Mas que pode ser atribuída à manobra demagógica de fingir que cumpre seu dever assistindo à população, quando não faz o que diz.

Embora existam situações sociais transitórias, como nas catástrofes de todos os tipos, nas quais há a necessidade social de improvisar quem diagnostique doenças e trate dos doentes, necessidade que deve ser suprida de qualquer modo improvisado, a consciência ética (além do interesse pessoal) deve levar os legisladores e governantes a oferecer à população os melhores médicos que possa, tão cedo quanto possível. Porque sempre que a sociedade pode ter médicos suficientes para realizar seu trabalho com eficácia, este descaminho foi corrigido. Prontamente.

Em todas as sociedades humanas, até mesmo no próprio interesse de cada uma, as pessoas precisam acreditar que seus enfermos

estão sendo bem tratados por quem melhor o faça, com acesso aos melhores recursos técnicos existentes. Precisam crer que seus doentes desfrutam as melhores chances de recuperar a saúde, de salvar a vida, minorar o sofrimento e superar ou compensar os impedimentos (e que sucede assim, ao menos com os enfermos mais aproximados ou mais identificados com elas). Até porque se identifica com eles e esta será também fonte de sua própria tranquilidade. Nenhum gestor de serviços públicos, menos ainda um médico, tem o direito de enganar seus concidadãos, fingindo lhes prestar um serviço que os próprios agentes governamentais sabem falso. Organizar um sistema de assistência sanitária sem médicos é uma falsidade, uma mistificação. Pretender que os serviços médicos possam ser reduzidos ao médico é outro engodo.

Atualmente, não há nem pode haver sistema de serviços médicos que funcione unicamente com médicos, o que é coisa bastante sabida e muito repetida neste trabalho. Mas também não pode funcionar sem eles. O funcionamento adequado dos serviços médicos exige, além de médicos, outros recursos humanos e numerosos materiais bastante dispendiosos para funcionar com a mínima efetividade que dele se deve exigir. Exigência esta que se manifesta em dois planos: o técnico e o ético. Da mesma maneira, não se presta serviço médico geral sem tecnologia. Não existe medicina sem tecnologia, ainda que ela não se reduza a isso e que numerosos procedimentos clínicos possam dela prescindir.

O mesmo acontece no Brasil quando há médicos suficientes e bem distribuídos no território para atender às necessidades da população, mas estes carecem de recursos auxiliares de diagnóstico e de terapêutica essenciais para o desempenho adequado de sua missão profissional. É ponto pacífico na consciência social que toda pessoa deve desfrutar o direito de receber a melhor assistência de que necessite para atender seus problemas de saúde.

> *Uma forma esperta de iludir os pobres, fingindo que se lhes presta assistência médica quando, na verdade, se lhes oferece um engodo, é chamar de medicina o que medicina não é. Como*

*acontece com a tal medicina alternativa. No entanto, ainda não chegaram ao ponto de denominar seus operadores como médicos alternativos. Mas só falta isto.*

*Só será possível acreditar na boa-fé dos gestores públicos que recorrem a esta manobra quando eles e seus familiares forem atendidos nesta rede de cuidados alternativos que estão oferecendo aos seus concidadãos pobres. Única e exclusivamente porque são pobres.*

A noção da assistência à saúde (inclusive o cuidado do doente) como direito do cidadão se origina no princípio social da equidade e resulta do sentimento de justiça política. Pois a equidade, a liberdade e a justiça são os pilares mais essenciais de tudo o que é político. Inclusive as políticas públicas, as políticas sanitárias, a política de assistência médica. A necessidade da pessoa enferma e não as possibilidades à disposição do gestor do sistema sanitário. Não há justificativa técnica ou ética para que a sociedade não empregue os recursos mais eficazes na assistência médica, quaisquer que sejam. Um administrador responsável e decente deve colocar à disposição dos seus concidadãos enfermos os mesmos recursos que gostaria de ter para si ou para seus queridos, caso deles necessitassem. O que passa disto quase sempre é propaganda ou demagogia.

Neste terreno, três mitos devem ser derrubados: o primeiro é o que confunde a enfermidade com o enfermo; o segundo, que tem a enfermidade como algo fora do enfermo ou além dele; e o terceiro, o que ignora ou nega a dinamicidade dos quadros de enfermidade. Não é demais insistir que os médicos, não tratando doenças, tratam doentes. É verdade que o tratamento de um enfermo depende muito da identificação de sua enfermidade. Mas não se reduz a isto de modo algum. Dois doentes afetados por uma mesma enfermidade podem exigir tratamentos muito diferentes.

Denomina-se enfermidade a um estado da pessoa enferma. As enfermidades não são estáticas, evoluem positiva ou negativamente. Um agente de saúde mais ou menos improvisado para tra-

tar doentes com enfermidades de pequeno risco e fácil reconhecimento pode estar muito preparado para tratar uma pessoa com diarreia (que lhe parece comum), mas pode prejudicar gravemente o paciente em que aquele sintoma oculte uma enfermidade mais séria, como o *cólera morbus*, por exemplo, ou uma neoplasia intestinal. Sua intervenção pode ser muito maléfica, neste caso, porque encobre e adia o reconhecimento de uma grave enfermidade, ainda que tenha sido benéfica noutros casos, nos quais a enfermidade era sem aquela gravidade.

Na medicina militar como na medicina de catátrofes, qualquer pessoa pode ser útil prestando algum serviço de emergência.

> *Nos mosteiros alpinos, muitos cães salvaram muitas vidas humanas localizando os perdidos, levando-lhes algum auxílio e guiando-os no caminho da salvação. Em sentido extremamente lato, todos agiram como médicos, a despeito de não serem.*

Ser médico, no entanto, é mais que isso. É mais que técnica e deve ser mais do que acolher, amparar, agradar e consolar um doente que sofre com sua enfermidade, mais que solidarizar-se com ele. Deve ser e tem que ser. Muito mais. Ser médico é mais do que prestar um auxílio eventual em uma catástrofe natural ou social, é mais do que salvar a vida de uma pessoa em situação de perigo ou ajudar alguém necessitado em um momento de comprometimento de sua saúde.

Ser médico significa ter sido preparado para fazer tudo isto com o máximo de proficiência, e fazer disto a razão de sua vida, por ser vocacionado e por ter sido devidamente provado e aprovado neste mister e nele se desenvolver permanentemente. E, por mais premente seja a necessidade de um doente, é sempre melhor que seja atendido por um médico do que por um leigo.

Não se improvisam médicos, esta foi a lição apreendida às custas de muito sofrimento e mortes desnecessárias, por diversos povos em desenvolvimento. Mesmo que médicos improvisados possam

ser formados em medicina, porque não basta um diploma para fazer um médico, como há quem pareça pensar. Na prática, o diploma apenas aponta unicamente para um bacharel em medicina, por mais teoricamente preparado esteja. Ser médico significa estar cada vez mais preparado no exercício da difícil relação médico-paciente. A preparação para o exercício técnico e ético da arte de curar é penosa e infindável. Do ponto de vista estritamente técnico, isto é possível em tese, mas só quando o profissional for capaz de avaliar todos os riscos, fazer todos os diagnósticos diferenciais e ponderar todas as possibilidades terapêuticas – o que o tornará um médico completo e perfeito. O que é impossível, como impossíveis são todas as formas de perfeição.

O médico deve se contentar em ser bom e em constante aperfeiçoamento. Porque, para ser bom médico, é justamente isto o necessário. No entanto, mesmo bons médicos, superlativamente bem preparados, podem deixar de diagnosticar condições patológicas graves com aparência inocente. Imagine um massagista, ou alguém não devidamente preparado com a extensão e a profundidade que os médicos devem ser.

> *O que se mostra intolerável para a consciência cidadã é, sem dúvida, prolongar a excepcionalidade (ou inventá-la) unicamente para diminuir o custo da assistência ou obter algum ganho eleitoral com a desassistência médica e a subassistência sanitária. O que vem acontecendo largamente no Brasil e em outros países subdesenvolvidos econômica e politicamente, nos quais os cidadãos carecem de consciência dos seus direitos e os profissionais limitam suas reivindicações às salariais.*

Não obstante, o grande problema da assistência médica no Brasil não é a falta de médicos. É a má distribuição, o excesso aqui e a carência ali. O Brasil tem médicos suficientes para as necessidades de sua população. O que lhes falta é serem melhor distribuídos no território nacional. Qualquer programa de ampliação do número de médicos que descure o aperfeiçoamento da qualidade da formação deve ser classificado como criminoso. Não importando as finalidades que deveras tenha ou apregoe. Afinal, a imoralidade

de que os fins justificam os meios não pode ser aceita por uma sociedade ética,

No Brasil, o que há é falta de empregos de médicos. Empregos com salários compatíveis com a dignidade que um médico deve merecer, como os de delegados, militares, promotores, juízes. Quando se anuncia vagas para médicos, o salário é baixo ou a remuneração é feita como "bolsa de trabalho"– contrafação encontrada pelo empregador de má-fé para sonegar direitos e garantias trabalhistas – ou fica por conta da prefeitura, que comete todos os abusos com o contratado.

Quando tratam da matéria de assistência médica, tem faltado muita seriedade aos empregadores públicos e privados que dirigem entidades compradoras de serviços profissionais de médicos. Aos primeiros, lhes falta planos de cargos e salários decentes para os funcionários médicos, uma carreira profissional digna, igual ou semelhante àquela que permitiu a fixação dos advogados de ofício, dos promotores, juízes, delegados de polícia, oficiais da polícia e das Forças Armadas em todos os rincões do país – apenas para citar algumas carreiras do serviço público. Adote-se um sistema de gestão de recursos humanos que abandone a fantasia igualitarista e reconheça as diferenças que existem entre diferentes categorias profissionais (ao menos em termos de tempo investido na formação e responsabilidade na assistência) para que as coisas comecem a mudar. Caso se tome esta providência, o problema do emprego privado estará resolvido. Qualquer um pode esperar para ver e verá.

## Serviços médicos subdesenvolvidos

A formação médica pode ser identificada como origem e motivo de algumas das principais dificuldades que transtornam a criação e a manutenção de um serviço médico decente no Brasil. Mas a primeira delas não é endógena daquele processo formador, situa-se além dela. Trata-se de uma consequência da defasagem

existente entre a grande necessidade social de serviços médicos e a possibilidade limitada do mercado de remunerar seus serviços adequadamente, principalmente quando se pretende (ou se diz pretender) a universalização da assistência médica. Limitação de financiamento que, no Brasil, tem sido praticada por governos de todas as tendências políticas nominais.

O que sempre foi característica das populações pobres, uma marca do subdesenvolvimento social, econômico e cultural, tem se estendido às camadas médicas, cada vez mais ricas, o que hoje atinge proporções alarmantes no Brasil.

Mas este não é um fenômeno brasileiro. Os cuidados médicos estão ficando fora do alcance até dos povos mais desenvolvidos e das pessoas cada vez mais bem remuneradas, por causa do aumento de seus custos. É preciso saber que esse encarecimento não decorre sequer, principalmente, do aumento da remuneração dos médicos. Até os anos 60, o valor que um paciente pagava por uma consulta médica quase sempre era bem maior do que o que pagava na farmácia para aviar a receita. Hoje, esta proporção se inverteu muito.

Quando se trata do SUS, o que se paga para aviar uma receita pode superar seu valor na escala de centenas de vezes. O aumento do custo da assistência médica se deve ao aumento exponencial dos preços dos medicamentos e demais insumos tecnológicos exigidos pela assistência contemporânea à saúde. Como passou a movimentar grandes somas de dinheiro, a assistência médica passou a interessar a grandes empresas, com imensos capitais e possibilidades de influir e de corromper, ainda que seu propósito real fosse lucrar, multiplicar seu capital e, não, prestar serviços de saúde, beneficiar a quem necessitasse de seus serviços. Pois a lógica do capital é esta: aumentar o rendimento. A qualquer custo. Este problema tem três aspectos que devem ser considerados.

O primeiro é o custo do trabalho ou do emprego dos recursos humanos, condição que se aplica a toda atividade laboral – o custo

da mão de obra. O problema se revela muito agravado no Brasil, onde o Estado se tornou o principal empregador de médicos e adotou uma política de aviltamento salarial e de sobrecarga de trabalho desses profissionais.

O segundo é o aumento do custo dos insumos exigidos na assistência médica de boa qualidade. Este fenômeno se estende aos aspectos materiais da manutenção dos serviços. Principalmente, as dificuldades de financiamento para cobrir as despesas com os procedimentos tecnologizados que apresentam custos crescentes. No entanto, as dificuldades de financiamento da atividade sanitária com o aumento exponencial de seus cursos (principalmente no que concerne à tecnologia) não se restringem ao mundo subdesenvolvido.

A partir do custo das tecnologias diagnósticas e terapêuticas e do surgimento das empresas de seguro que cobrem o risco dos cuidados com a saúde, nova crise atinge o mundo desenvolvido. Porque no sistema capitalista toda atividade social deve proporcionar lucro ou não sobreviverá. O maior lucro possível no menor tempo. Aí, a voracidade não deve ter limites. Quanto mais o complexo industrial-sanitário se avoluma economicamente, mais poder acumula. E usa este fato para aumentar sua fortuna e poder. Na sociedade contemporânea, só há três áreas da economia que acumularam tal poder, o de determinar seu próprio crescimento e de crescer sem qualquer controle, impondo-se aos governos e à sociedade civil: os complexos financeiro (bancário), industrial-sanitário e o industrial-militar. Caso as pessoas comuns no exercício de sua cidadania não obrigem os políticos a criar mecanismos para contrariar os interesses destas três entidades e controlar seu poder econômico, ideológico e político, elas findarão por devorar a civilização.

O terceiro aspecto do problema refere-se ao subfinanciamento das atividades sanitárias efetivas e sua substituição por manobras demagógicas, descontínuas e sem adequação ou atualização tecnológica em favor de políticas fiscais. O Brasil é um dos países

que têm a maior aplicação de dinheiro *per capita* no mercado financeiro e em contas no estrangeiro. E cujos políticos são tidos como campeões de propaganda enganosa e promessas vãs. Por sinal, é curioso que ninguém indague porque um governo necessita comprar serviços de propaganda e *marqueting*. Por que gasta com isto muito mais do que com muitos programas sociais juntos? Não será mero pretexto para pagar a propaganda política dos governantes com dinheiro público? Por que não se comunica direta e francamente usando os fartíssimos meios à sua disposição? Gratuitamente.

Nesse conflito entre empresários e trabalhadores médicos, o encarecimento dos insumos que resultam no aumento do lucro das empresas vem sendo privilegiado pelos empresários e pelo Estado-empregador frente aos interesses dos trabalhadores. Verifique-se a conduta dos empregadores públicos e privados frente ao aumento dos preços dos produtos e o pagamento aos médicos e outros trabalhadores. Conduta que se esconde atrás da intenção manifesta de cuidar da saúde das pessoas, de priorizar os interesses da sociedade. Neste problema interfere mais um fenômeno social considerável. O número de pessoas que pretendem ser médicos é sempre muito maior do que aqueles que têm mérito, recursos ou outras possibilidades de fazê-lo. Há sempre muito mais gente desejando ser médico do que o número existente. Mesmo quando o número de vagas nos cursos médicos está muito além do que seria razoável em termos da possibilidade do emprego efetivo daquele tipo de recurso humano. Porque, na sociedade dirigida pelo mercado soberano, também existe um mercado de estudantes de medicina.

Os conceitos de *exército profissional de reserva* e de *exército médico de reserva* parafraseiam o conceito marxiano de *exército industrial de reserva*, recurso usado pelo patronato industrial para fazer baixar os salários, mesmo aviltados, dos operários de uma atividade econômica, por meio da ampliação da procura de trabalho em proporção muito maior que a oferta de emprego. Ganhar pouco torna-se menos mau que o desemprego e os salários são manti-

dos baixos às custas do sacrifício de muitas pessoas: os desempregados e os mal empregados. Sobre a noção de exército industrial de reserva vale a pena destacar alguns fatos.

Marx sustenta que o capitalismo aumenta a pobreza e o número de pobres por dois processos principais: primeiro, o crescimento econômico capitalista se realiza pela expansão da produção e do comércio de mercadorias, ou do aumento dos lucros por meio da superexploração dos trabalhadores que realizam as tarefas produtivas, por meio da exigência de mais trabalho e maior produtividade e pela diminuição dos salários e restrição de vantagens sociais alcançadas no passado. Para isso, usa alguns meios para facilitar o insaciável processo de exploração. Um deles, que chamou de exército industrial de reserva, consiste no fomento de grande número de desempregados e subempregados que os auxiliem a manter baixos, e a baixá-los mais, os salários dos empregados, o que também ajuda a manter a disciplina dos trabalhadores empregados. Pois manter os empregos se torna mais importante que a luta pela melhoria dos salários e a obtenção ou conservação de mais vantagens laborais. Será, por isso, que o governo estimula a multiplicação de escolas de medicina sem as mínimas condições de formar bons profissionais?

Este tipo de manobra, a proliferação de candidatos a emprego mais numerosos que os postos de trabalho existentes, pode ser identificada fatalmente em qualquer tipo de trabalho proletário, mesmo entre os médicos. Essa é uma manobra característica das relações capitalistas de trabalho, sendo ininteligível em uma política pretensamente "popular" ou, mesmo, eticamente defensável de relações laborais. Entretanto, como nenhuma sociedade tolera por muito tempo a degradação de suas instituições médicas, quando sua deterioração se agrava excessivamente, provoca uma crise e as coisas tendem a reverter à normalidade, com o Estado voltando a cumprir seu dever de controlar tal atividade e assegurar qualidade mínima aos cursos superiores, especialmente os de medicina. Dever do qual vem se omitindo sistematicamente no Brasil. Entretanto, o preço dessa crise e de sua correção pode ser

muito alto. Bem mais do que se julga. Porque a situação assumiu proporções absolutamente caóticas, prenunciando um "apagão" na saúde, em tudo semelhante ao que aconteceu no transporte aéreo recentemente.

Como deve ser classificada a mesma conduta realizada como política de governo e como política de instituições internacionais de saúde? Principalmente quando os governantes assim agem para priorizar o serviço aos agiotas de quem se julgam devedores, sem que se tenha feito qualquer auditoria dessa "dívida"? Fazem do lucro seu objetivo maior. E perseguem este objetivo empregando todos os meios possíveis ao seu alcance. No plano acadêmico, fomentam a abertura de escolas médicas privadas sem hospitais, sem residências médicas; estimulam e até forçam a aposentadoria de professores das escolas públicas para lhes assegurar corpo docente e findam por reduzir o salário congelado dos aposentados para os encorajar a buscar emprego nas escolas privadas.

Não bastasse tudo isto, o governo ainda estimula a importação de médicos formados no estrangeiro em países nos quais o mercado de trabalho é mínimo ou inexistente. Como estes têm dificuldade de passar nos exames de revalidação de seus títulos, forçam a supressão dos exames.

Aumentar o lucro, se possível, honestamente, se dizia ser o lema do liberalismo. No neoliberalismo, o apêndice caiu. Vale tudo para lucrar cada vez mais. Trata-se de fenômeno que enlaça dois problemas sociais complementares com reflexos na qualidade do trabalho médico e dos programas médico-assistenciais.

A primeira medida governamental para fomentar o surgimento deste "exército médico de reserva" consiste na multiplicação de cursos de medicina pagos, sem qualquer fiscalização estatal ou corporativa, e de baixa qualidade, com insuficientes recursos técnicos e financeiros (sobretudo, serviços e residências médicas); recursos humanos deficientes (em geral sem qualificação), com um sistema de trabalho disfuncional (geralmente ganhando por

horas-aula, com grande número de alunos). Situação que ocorre tanto no setor privado, dirigido pelo lucro, quanto no setor público, mal pago, burocratizado, sucateado, desprovido de recursos essenciais ao seu funcionamento satisfatório.

Quem duvidar, basta inspecionar os hospitais de ensino.

Em ambas as situações, a lógica gananciosa do mercado atende aos reclamos dos candidatos a estudantes de medicina, ao mesmo tempo que, contraditoriamente, restringe-lhes brutalmente o mercado de trabalho futuro, desorganiza seus sistemas de estruturação laboral e desprofissionaliza seu labor. Mas também faz cair a qualidade da assistência, tanto do ponto de vista técnico quanto ético. A proliferação de cursos médicos privados no país e em países mais ou menos próximos sem quaisquer exigências de admissão, sem considerar o pagamento de anuidades ou outros critérios igualmente acessórios para selecionar médicos, exemplifica este fato. Outros, são cursos criados com propósitos mercantis ou políticos, razão pela qual a preparação técnica e ética que oferecem costuma ser bastante precária. Tudo isto reforça o exército profissional de reserva.

A segunda medida governamental para criar um exército médico de reserva consiste no fomento aos alunos brasileiros para estudarem em faculdades no estrangeiro. Muitas vezes em cursos que não são reconhecidos sequer em seus países de origem ou em outros, cujas estruturas de formação e, principalmente, de exercício profissional são radicalmente diversas daquelas que se praticam no Brasil – medida que só agrava o problema.

Em muitos países estrangeiros são criados cursos médicos como instrumento de propaganda política do país que os patrocina e como moeda de troca de agentes políticos. Os estudantes destinados àqueles cursos são recrutados por motivos e objetivos políticos. Sem qualquer critério de mérito acadêmico, vocação ou capacidade técnica. Só o QI, de quem indica. Também não querem ou não podem prosseguir sua carreira médica no país em que obtêm seu grau. Portanto, devem voltar para o país de origem.

Em ambos os casos, são médicos semiexcluídos da profissão, formados para prestar cuidados primários ou de família e para ser desovados fora do país em que estudaram – só para isto.

Pois não são reconhecidos onde se formam. Nenhum deles, ali, inicia sua vida profissional. Isto acontece, é verdade, porque pode haver um momento em que os interesses do mercado potencial das pessoas que desejam ser médico se sobrepõem às necessidades sociais que exigem dos médicos serem bem formados em estabelecimentos eficazes de ensino médico adequadamente dotados de recursos para isto. Prevalece a necessidade de ganhar dinheiro associada à de obter o título a qualquer custo sobre o que deveria ser a consciência ética e os limites orais da atividade individual e social.

A tudo isso se associa, como parece ser bastante natural, o burocratismo, a corrupção e o despreparo dos funcionários que deveriam ter o dever de prevenir essa situação, saná-la e corrigir os danos que ocasionasse. Fenômenos que alcançam, inclusive, a força de trabalho médico.

Em terceiro lugar, destaque-se a desvalorização sistematizada do trabalho médico promovida na última década pelas agências governamentais brasileiras, pelos empregadores privados e pelos administradores de planos de saúde e empresas que credenciam médicos. Verifique-se a renda dos funcionários médicos nos últimos dez anos e a compare com a variação dos preços que o governo administra (luz, água, impostos) e com os valores pagos aos funcionários "de confiança". O que induz à sua depreciação no mercado de empregos privados e no mercado de trabalho privado. Desvalorização que resulta simultaneamente do aumento do número de médicos e de sua desqualificação técnica e ética.

Todas estas manobras se destinam a fazer baixar o preço do trabalho dos médicos. Para isto, forma-se um verdadeiro exército profissional de reserva, composto por médicos desempregados, sem licença para clinicar, de baixa qualificação ou reduzidos à

clandestinidade. Tudo de acordo com o melhor figurino da exploração capitalista. Antigo, mas eficaz. Não há a necessária vigilância dos organismos estatais específicos, como as agências estatais de educação, o que já foi registrado em muitos momentos históricos do país, tendendo a ocorrer descontrolada proliferação de cursos de medicina. Mesmo quando se constata que muitos deles funcionam sem a mínima condição para cumprir sua missão institucional com eficácia. O que se agrava ao se considerar que as agências reguladoras brasileiras parecem funcionar para agradar interesses econômicos e políticos paroquiais e momentâneos, em lugar de atender os interesses populares e nacionais mais amplos e permanentes...

Neste caso concreto acima mencionado, a superprodução de médicos tem sido alentada pelos governos menos preocupados com a assistência real e de qualidade à população, que se mostram unicamente atentos ao custo do serviço. Melhor ainda para eles quando tal superprodução de trabalhadores, destinada a ampliar a oferta de mão de obra, pode ser realizada por empresas privadas que lucram muito com isto. Ainda que a categoria profissional dos médicos e a população percam muito. A pletora da oferta de trabalho, à qual se acrescenta o baixo nível geral da qualidade dos trabalhadores, faz diminuir os salários, ampliar a disputa pelo mercado e baixar o nível ético da competição e o nível técnico da atividade laboral.

Em quarto lugar, situa-se a tentativa de substituir o médico por trabalhador menos qualificado e pior remunerado, cujo custo de formação seja menor e as exigências de recursos auxiliares para suas atividades, igualmente menores. Mesmo que tal substituição exija profunda transformação legislativa e do serviço público. Substituição que desafie a tradição cultural e os hábitos sociais. Tal substituição é inaceitável dos pontos de vista técnico, ético e político. Quando um fabricante de alimentos ou outro produto essencial para a vida das pessoas, por exemplo, emprega recursos deste tipo para diminuir suas despesas e aumentar seus lucros à

custa de sua clientela, sua conduta é tida como antissocial e severamente sancionada. O governo se permite isso e nada acontece.

Situação de anarquia profissional médica semelhante sucedeu nos Estados Unidos na segunda metade do século XIX e início do XX, quando, tal qual vem sucedendo no Brasil neoliberalizado, multiplicaram-se anarquicamente as faculdades de medicina. O que configurou um quadro político-social que merece mais atenção porque o está repetindo (na certa, como farsa). Lá, a reforma Flexner foi à solução adotada. Lá, como cá, proliferavam entidades "educacionais" destinadas a atender à demanda dos estudantes por cursos de medicina; mesmo que não assegurassem a adequada formação aos seus alunos e mesmo sem qualquer garantia da absorção dos seus graduados pelo mercado de trabalho médico. Pode-se ponderar que não deve ser assim, que as necessidades sociais dos serviços médicos devem preterir todas as outras. Menos os interesses da agiotagem internacional, menos os interesses da burocracia política, menos todos os interesses em jogo em um sistema capitalista no qual só os médicos devam ter seu trabalho socializado. Sempre que ingressam no mercado médico mais profissionais do que o mercado é capaz de absorver, aparecem algumas consequências, todas nefastas: o mercado se desorganiza pela presença de muitos desempregados, os melhores profissionais migram para outras regiões ou outros países, os restantes se acotovelam em busca de um subemprego ou atividade marginal.

Desconsiderando a extensão e a qualidade do dano que médicos mal formados podem ocasionar e ocasionam. Pois para formar um médico faz-se necessário muito mais do que orientar sua instrução e lhe proporcionar algum treinamento técnico. A formação de um médico exige a formação de um cidadão, além de um técnico.

A formação médica, como qualquer outro processo formativo, exige dos alunos a aquisição de informação, o desenvolvimento de habilidades específicas para a tarefa para a qual estão sendo preparados e a estruturação de atitudes. Principalmente a formação e o desenvolvimento das atitudes essenciais para o exercício daquela profissão.

Há séculos, é sabido que não se deve formar médicos (ou outro profissional qualquer) realizando apenas atividades teóricas, nem tal formação pode ser realizada exclusivamente por atividades práticas. Tudo isto compõe um programa sistemático pelo qual o governo brasileiro fomenta e realiza a criação de um "exército industrial de reserva" destinado a enfraquecer política e corporativamente a medicina. Só que este exército de reserva está formado por trabalhadores médicos.

No plano profissional, o governo inventa uma contribuição previdenciária a ser extorquida dos aposentados, congela os salários dos funcionários e os honorários pagos pelo governo e pelos planos de saúde em absoluta divergência com o aumento exagerado dos preços e tarifas de serviços sob controle governamental. No plano fiscal, o governo brasileiro adota tabelas escorchantes de impostos, especialmente dos impostos sobre serviços e de rendimentos, que chama renda (pois chama renda aos míseros salários pagos aos funcionários), configurando verdadeiro confisco que recai sobre a classe média, na qual estão quase todos os médicos. E para corrigi-la, exige resgate. Como na Máfia. Corrige o imposto de renda criando uma taxa previdenciária para os aposentados.

Praticamente todos os avanços recentes da medicina têm se dado no terreno científico, ângulo geralmente considerado como o mais importante. Sobretudo a tecnologia médica, que exige investimentos de grande vulto, mais na pesquisa de produtos novos que em sua produção, mais na propaganda que na distribuição. E como toda atividade que necessita muita propaganda, surgem muitas oportunidades de evasão fiscal e outras espertezas.

Daí a medicina ser considerada como tecnologia do diagnóstico das doenças e como tecnologia do tratamento dos doentes. Mas também é o recurso gestor dos cuidados para com os doentes que necessitam tratamento médico e, principalmente, como conduta humanitária solidária de auxílio a um ser humano necessitado de assistência. Por causa de seu caráter tecnológico, é bem possível, e muitos pensem, que a dimensão técnica revele seu traço mais

essencial. O que não é verdade, mas fomenta fantasias de mecanização e automação do trabalho médico. A principal vertente da medicina é e deve prosseguir sendo a humanitária, e não a técnica (nem a econômica).

Esta situação no atual quadro econômico mundial coloca uma contradição curiosa: quanto mais a medicina se aperfeiçoa e quanto mais efetivamente atua, menos prestigiados são os médicos.

> *Há quem, brincando, sustente supor que a medicina ou, pelo menos, os médicos sejam mais antigos que a humanidade. Muito mais, dizem algumas lendas e mitos.*
>
> *Supõe-se aí que o primeiro protomédico na face da Terra poderia ter um símio (ou algum antepassado ou descendente dele) que, antes de existirem humanos, se deteve para auxiliar um parceiro sofrente, talvez machucado em um acidente ou em um conflito. Esse teria sido o primeiro esforço para ajudar um enfermo a tolerar ou a superar o mal-estar causado por sua enfermidade. O primeiro ato protomédico.*
>
> *Esse arremedo de medicina sem médicos aconteceu no alvorecer de praticamente todas as culturas conhecidas devido às condições primitivas de sua existência social e a carência de seus recursos técnicos.*

Mas isso só ocorre por um hiato que deve ser breve para ser tolerado. Depois, verificou-se a exigência de formação cada vez mais elaborada para os trabalhadores que cuidavam dos doentes, especialmente os médicos. Não se pode imaginar alguém que prefira ser tratado por um curador improvisado quando pode ser atendido por um médico. Em geral, em praticamente todas as culturas, o caminho natural para a emergência dos médicos foi este: pajé, xamã ou feiticeiro, curandeiro, sacerdote-médico e médico leigo.

Não dá para retroagir. Como se faz com o culto da tecnologia ancestral, tradicional ou o que for. Nenhuma cultura pode deixar de tratar seus doentes com eficácia, que é a melhor assistência possí-

vel. Não basta a eficácia possível em condições de miserabilidade. Nem basta que se ponha em movimento um processo de engodo demagógico que finja tratá-los, atendendo-os de um modo que pareça convincente à sociedade, mas que não tem a necessária efetividade.

Nenhuma cultura pode se dar ao luxo de não dispor de assistência médica capaz de atender às necessidades diagnósticas e terapêuticas de seus enfermos. Mesmo as sociedades mais primitivas trataram de atender a esta necessidade. Para atender a esta demanda, cada uma empregou os recursos que estavam à sua disposição. Os recursos que no nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural lhes permitiam empregar. Nível de desenvolvimento que determinou, também, a eficácia obtida com o emprego daqueles meios. Algumas sociedades que sofreram mudanças muito bruscas em sua estrutura social e econômica e que se obrigaram a improvisar médicos, rapidamente regressaram a formá-los com o maior cuidado possível.

O médico e a assistência médica cientificamente verificada são essenciais para o desenvolvimento econômico-social. Todas as atividades, programas, instituições, agências e agentes sociais cuja tarefa precípua seja o diagnóstico das enfermidades e o tratamento dos enfermos situam-se naquele campo de práticas sociais denominado como assistência médica. Razão pela qual a assistência médica é muito mais ampla que a assistência por médico. No entanto, o trabalho médico constitui o eixo fundamental da atividade-fim da assistência médica.

No plano individual, a assistência médica (atendimento médico às pessoas individualmente ou atenção médica individual pública ou privada) é a atividade profissional característica dos médicos que prestam seus serviços a quem deles necessita (seus pacientes ou quem se fizer responsável por eles). Esta atividade profissional pode ser prestada a um indivíduo, a um grupo ou a uma comunidade e pode assumir uma imensidade de formas particulares: um diagnóstico, uma consulta, uma cirurgia, um conselho, um exame

clínico ou complementar de qualquer natureza, um parto, uma observação  (ou história) clínica, bem como um sem-número de atividades médicas que os pacientes necessitem. No plano coletivo a assistência médica é prestada por agências sociais, como hospitais, ambulatórios, dispensários, policlínicas, centros médicos, clínicas, sanatórios e outras análogas. Mas aqui também se destaca a atividade de outras profissões sanitárias cujos agentes atuam nesses estabelecimentos.

Quem conhece a sociologia do trabalho e a história dos direitos das profissões sabe que toda ocupação, para ser promovida à profissão, deve ter suas prerrogativas profissionais exclusivas definidas pela lei no instrumento de sua institucionalização. Deve incumbir ao Estado disciplinar as relações entre as profissões e os profissionais na sociedade. A medicina no Brasil foi instituída imperfeitamente. Tendo sido a primeira profissão de saúde regulada, faltou-lhe a definição de suas prerrogativas profissionais. Agora, quando busca reparo, há imensa mobilização em contrário, inclusive das agências públicas.

Ao instituir uma profissão, o legislador deve definir quais são as atividades privativas que configuram o campo profissional exclusivo de seus agentes. Isto é, quais podem ser exercidas legalmente pelos agentes daquela profissão. Sem que isto esteja estabelecido legalmente, a rigor, não há profissão e, por consequência, também não há profissional daquela carreira.  Mas esta incumbência não depende apenas do desejo ou do interesse dos legisladores. Depende, sobretudo, de condições objetivas, dentre as quais se distingue as possibilidades reais dos agentes sociais incumbidos daquela tarefa.

Além das atividades que compõem o campo de trabalho instituído como prerrogativa exclusiva daquela profissão, o legislador pode atribuir aos agentes de determinada atividade prerrogativas profissionais também atribuídas a agentes de outra ou outras profissões. Tais atividades se denominam atividades profissionais compartilhadas, que se somam às suas prerrogativas privativas.

Ao menos nos países formalmente democráticos, a regulação das profissões e a delimitação do campo de atividade dos seus profissionais é tarefa do Poder Legislativo. Entretanto, a regulamentação da atividade profissional e das relações dos agentes de uma profissão entre si e a organização do seu trabalho naquela sociedade deve ser responsabilidade de seus organismos corporativos e, no máximo, de alguma agência estatal de vigilância sanitária do trabalho. Em geral, este organismo corporativo pode se denominar conselho, ordem ou colégio profissional. Seu nome não tem qualquer importância. O importante é que detenha atribuições legais de regulamentar, organizar e fiscalizar aquele trabalho na sociedade. A extensão de suas atribuições depende unicamente da lei que a instituiu.

Assim, a qualidade, o alcance e os meios à disposição de uma corporação dependem da lei que a instituiu. O nome do organismo corporativo – conselho, ordem ou colégio – não tem influência no alcance e eficácia de suas possibilidades institucionais e laborais. Chama-se Conselho no Brasil, Ordem em Portugal e Colégio na Espanha e nos países hispânicos. O que importa para caracterizar suas atribuições e possibilidades operacionais são as prerrogativas que a lei lhe confere. É a lei e não o nome da organização que define o alcance de suas atribuições. Exemplo mais flagrante é a imensa diferença que separa a Ordem dos Músicos da Ordem dos Advogados, cuja latitude de competências (no sentido de atribuições ou incumbências sociais) vários médicos parecem invejar muito.

De fato, incontáveis médicos brasileiros aspiram ilusoriamente à instituição de uma Ordem dos Médicos do Brasil, julgando que teria a mesma situação política, social e institucional da Ordem dos Advogados do Brasil e, por extensão, sua influência política. Sem querer, imitam os construcionistas e desejam que a mera mudança do nome mude a substância da coisa que o nome designa. Ledo engano. O que faz diferença, repita-se, é o conteúdo da lei que instituiu a profissão de advogado no Brasil – o Estatuto do Advogado. O nome da agência social que encabeça aquela profissão não tem qualquer importância. Nenhuma mesmo. Ou-

tro motivo equivocado para muitos médicos desejarem a Ordem dos Médicos é a falsa crença de que, com o advento da Ordem, só haverá uma única entidade médica. Coisa totalmente impossível no Brasil, em face das peculiaridades de sua legislação.

Entretanto, não são apenas estes enganados que desejam mudar o nome do Conselho Federal de Medicina para Ordem dos Médicos do Brasil. Há muitos outros interesses pessoais e institucionais em jogo. Interesses dos quais ninguém fala, cuidadosamente dissimulados e, se necessário, veementemente negados. Em geral, ninguém confessa sua cobiça, seja de poder ou de dinheiro. Não há qualquer diferença entre elas. No que é essencial são dois aspectos de uma só coisa, duas faces de mesma moeda.

Os sindicatos não desaparecerão, pois sua existência, papel e organização são definidos na legislação trabalhista e interessam a todas as atividades laborais. Paralelamente, qualquer grupo de pessoas pode fundar uma associação médica, nos termos do Código Civil brasileiro, pois o direito social de associar-se para promover ou defender suas opiniões e interesses é um direito humano consagrado.

No Uruguai, este estabelecimento corporativo que organiza a profissão médica se denomina sindicato e isto é indiferente, revela apenas um traço peculiar da história social local. O que faz uma dessas organizações corporativas diferir das outras é o conjunto de atribuições que a lei lhe assegura. E o organismo estatal de vigilância profissional pode ser nacional, regional ou local, na dependência da ordem política e social que se pratique no Estado. Ou pode ser mobilizado nos três níveis do poder estatal, como é no Brasil (o organismo nacional de vigilância sanitária, a vigilância sanitária estadual e a vigilância sanitária municipal).

O que determina a qualidade das instituições de uma lide profissional há de ser a quantidade de seus membros, sua importância na sociedade e, principalmente, a consciência social e política de seus agentes.

## Prerrogativas profissionais dos médicos

Uma das características de qualquer profissão é o monopólio de algumas atividades que a sociedade assegura exclusivamente aos seus agentes. Isto é mais que uma coincidência. Constitui uma característica essencial da profissionalidade. Não existe profissão sem ela.

Todas as profissões contêm esta característica. Sem qualquer exceção. Em cada país, as atribuições profissionais típicas são instituídas pela legislação nacional quando da instituição daquela profissão. Nos termos da legislação esparsa que trata da matéria no Brasil, as atividades profissionais específicas e privativas de médico são agir com prudência, diligência e competência para executar as tarefas especificas da prevenção secundária, quais sejam: participar dos programas de prevenir e realizar diagnósticos das enfermidades e indicar e realizar o tratamento dos procedimentos reabilitadores em pessoas enfermas.

Como consequência destas atividades médicas consideradas primárias e mais características de sua atividade, também deve incumbir-lhe privativamente as seguintes outras atividades profissionais:

• atribuir-se o título de médico e exercer atividades privativas de médico;

• anunciar, prescrever, indicar ou executar quaisquer procedimentos diretos ou indiretos com finalidade diagnóstica ou prognóstica;

• solicitar exames destinados aos diagnósticos médicos e ao acompanhamento da terapêutica dos enfermos;

• planejar, programar e indicar procedimentos que tenham como finalidade a terapêutica em seres humanos enfermos;

• praticar perícias (exames de pessoas), auditorias médicas (exames de documentos), assessorias e consultorias referentes a atos médicos;

• dirigir serviços e estabelecimentos médicos; dirigir, coordenar e supervisionar procedimentos médicos;

• ensinar procedimentos médicos; e

• realizar todos os procedimentos diretamente decorrentes dos atos médicos privativos estabelecidos na lei.

Ademais, os médicos têm a possibilidade de prestar os seguintes serviços que podem ser atos médicos compartilhados com agentes de outras profissões:

> • planejar, programar, indicar e executar atividades voltadas para a promoção e preservação da saúde de seres humanos;
>
> • praticar tratamentos para a recuperação da saúde ou provisão de cuidados paliativos a enfermos;
>
> • integrar programas de reabilitação física ou psicossocial;
>
> • assessorar ou prestar consultoria a pessoas, entidades, gestores e funcionários públicos ou privados em matéria de saúde.

Todas essas atribuições que a lei faculta aos médicos podem ser exercidas sobre indivíduos, comunidades ou populações, de modo independente da percepção ou não percepção de qualquer retribuição financeira ou outra modalidade de remuneração para quem realiza aquelas tarefas.

## O saber da medicina e o poder do médico

O conhecimento médico resulta de longa e penosa busca da verdade na natureza, na sociedade e nos seres humanos. Busca por meio de procedimentos metodológicos cada vez mais confiáveis e válidos. Processo que possibilitou construir modelos cognitivos que permitam explicar, prever e, consequentemente, intervir so-

bre a natureza, a sociedade e o homem, modificando-os. A medicina existe como instrumento de intervenção sobre os seres humanos nas questões relacionadas com a conservação, recuperação da saúde e a diagnose das enfermidades.

Denomina-se *poder* a toda influência que alguém exerça sobre outrem, constrangendo-o a fazer ou a deixar de fazer alguma coisa. Quando exercido contra a vontade de uma pessoa, esta perde sua característica de sujeito e se transforma em um objeto da ação. No entanto, quando esta pessoa sobre a qual se exerce o poder aceita (e, portanto, participa da decisão de agir), torna-se co-sujeito do procedimento.

O poder pode ser individual (ou poder pessoal) ou social.

*Poder pessoal* é a influência que uma pessoa exerce sobre outra, por via de suas possibilidades individuais, de modo independente de seu estatuto social, da função social ou do papel que desempenhe no sistema social de referência.

*Poder social* é a influência que decorre do estatuto social, da situação social ou da função de quem o exerce.

O poder, pessoal ou social, pode ser aceito ou recusado (pela pessoa sobre o qual é exercido), legal ou ilegal (por estar concorde ou discordante das normas legais vigentes na jurisdição de sua execução), legítimo ou ilegítimo (quando consoante ou dissonante das normas morais aceitas na comunidade onde é exercido). No caso do médico, há milênios que a conceituação de um ato médico como procedimento legítimo e, portanto, de autoridade exige que o mesmo seja praticado em benefício do paciente.

*Autoridade* (que também pode ter as mesmas variações) é o poder aceito, legal e legítimo (isto é, baseado na lei, na moral e na aceitação pública). Como acima visto, a autoridade profissional é sempre um ato de poder com dois sujeitos. Os atos de autoridade profissional, portanto, têm dois sujeitos (o sujeito agente e o sujeito paciente) e um objeto, que é a atividade profissional realizada.

> *Por isto, a expressão abuso de autoridade encerra um contrassenso, o que existe é abuso de poder. E também por isto, todo poder profissional deve ser designado como autoridade, inclusive o poder do médico, dos enfermeiros, dos advogados. Cada um em sua seara.*

Toda relação institucionalizada contém uma dimensão política (porque nela sempre intervém algum tipo de poder social), ainda que pareça imperceptível. Sempre existe um componente político porque sempre há nela um aspecto em que o poder ou a autoridade social entram no jogo de relacionamentos dos agentes de uma atividade daquela natureza.

Contudo, é importante ressaltar que a identidade de uma instituição ou a dimensão política de uma relação institucionalizada não se resume apenas ao poder e à autoridade delegada mais ou menos formalmente a um agente social. Abrange, também e necessariamente, um certo tipo de poder e de autoridade pessoal, a influência que uma pessoa exerce sobre outra independentemente do estatuto social que ocupe e do papel social no qual esteja investida. Abrange, principalmente, as facetas da atividade-fim daquela instituição.

O aspecto político da relação médico-paciente também tem importância, pois desempenha papel destacado no destino da interação como procedimento tecnológico de natureza diagnóstica ou curativa. Nestes casos, que são numerosos, as noções de autoridade e poder, de ação individual e de ação social, podem se misturar inseparavelmente. No entanto, só se denomina ato de autoridade quando a ação não contiver qualquer manifestação de ilegalidade ou ilegitimidade.

Caso se avalie a questão do poder do ponto de vista de sua origem, pode-se verificar que provém das seguintes fontes: a força, a riqueza e o saber.

Desta premissa se torna fácil inferir que o saber médico é a principal fonte do que se poderia chamar poder médico ou poder do

médico. Saber que abrange o saber o quê (um determinado patrimônio de informações específicas) e um saber fazer (um certo conjunto de capacidades que lhe permite agir eficazmente em um certo tipo de atividades técnicas e sociais). Mas o poder que este saber determina não é difuso nem ilimitado. Dirige-se para os objetivos que a lei determina e restringe-se pelas limitações da especificidade de sua profissão, alcance e limites dados em sua institucionalização. Exatamente como ocorre em qualquer outra profissão e em todas elas. Em todas, o saber é livremente apropriado por todos os que desejam e podem fazê-lo, enquanto o fazer profissional é limitado àqueles legalmente autorizados (isto é, habilitados a exercer aquela atividade no mercado).

A institucionalização define o papel político dos agentes de uma profissão em todos os lugares civilizados e em todas as sociedades politicamente estruturadas. Também é necessário destacar que, embora uma dimensão política esteja sempre presente em todas as profissões, sua missão institucional, que sintetiza sua atividade-fim, deve se superpor a ela. Porque deve se impor ante todas as outras. A rigor, embora as instituições contenham uma dimensão política mais ou menos influente neste ou naquele momento de sua existência, só nos partidos políticos (ou quem influa neles) deve ser o condicionador maior de suas atividades. Nas outras instituições, mesmo na medicina-instituição, isto não ocorre ou não deve ocorrer. Caso ocorra, será uma disfunção institucional.

Tanto o saber que se julga fazer parte do patrimônio cognitivo da medicina quanto a autoridade institucional desfrutada pelos médicos decorrem da crença de que todos tenham sido razoavelmente formados e que estarão minimamente capacitados para exercer seu trabalho com a necessária proficiência. Já a autoridade pessoal de cada médico depende essencialmente de suas características pessoais e da qualidade de sua interação com os pacientes, colegas e as demais pessoas, e da confiança que inspirar em seus interlocutores.

Além da identidade dos protagonistas e da comunidade de interesses, a qualidade de uma relação pode ser definida no primei-

ro momento do encontro. Um gesto, uma palavra, um olhar, um sorriso (ou sua falta) pode ser fundamental para o sucesso ou fracasso da relação entre duas pessoas – especificamente, entre um paciente e seu médico. E como grande parte dessas relações se define e configura nos primeiros momentos do primeiro encontro entre seus protagonistas, convém que este momento seja adequadamente aproveitado em benefício de ambos.

As pessoas interagem muito em função de interesses comuns ou complementares. Aqui cabe mais uma pergunta: qual seria a origem da autoridade que os médicos desfrutam em todas as sociedades, em todos os tempos históricos? Como acontece em qualquer outra profissão tecnológica, a autoridade profissional dos médicos tem origem na confiança das pessoas em sua capacidade técnica e competência humana. Dá-se coisa idêntica na relação com os advogados, psicólogos, arquitetos e seus clientes.

Em geral, as pessoas confiam que cada profissional habilitado esteja suficientemente preparado para atender satisfatoriamente às suas demandas técnicas. Ninguém pede para ver a carteira de habilitação do motorista quando pega um táxi e, em geral, não repara quando a identidade pregada no encosto do banco dianteiro não corresponde à pessoa que está na direção. Pois, guardadas as devidas proporções de caso e situação, com os outros profissionais ocorre mais ou menos a mesma coisa.

Como se constata, os profissionais tendem a desfrutar situação particularmente privilegiada no que respeita à confiança de seus clientes. Contudo, no caso da relação médico-paciente há uma peculiaridade a ser destacada: a vulnerabilidade particular do paciente em sua situação de doente, que não é a mesma em cada paciente e em cada atendimento, mas que cria uma condição bastante típica. Situação de vulnerabilidade que, aqui já destacado mais de uma vez, cria uma responsabilidade particularíssima para o médico e lhe impõe graves compromissos éticos dos quais nenhum médico decente foge, mesmo que não receba qualquer recompensa ou remuneração para isto.

A vulnerabilidade do paciente amplia significativamente a importância que ele atribui ao seu médico, o que se reflete na autoridade profissional que se lhe atribui. Quanto mais grave a situação clínica percebida pelo paciente, maior tende a ser a esperança e a confiança que deposita no médico que o atende.

> *No caso da autoridade dos médicos, o que não sucede a outra profissão, alguns segmentos da cultura advogam teses curiosas, quando não ultrapassam os limites do ridículo. Veja um trecho de um artigo "científico" obtido em um sistema de busca da internet, digitando "saber médico" e pedindo uma procura aleatória.*
>
> *Durante o século XIX, verifica-se o processo no qual os físicos e cirurgiões se apropriaram dos conhecimentos da saúde, transformando-os em saber médico. Este processo se deu através da institucionalização da prática, do seu processo de formação profissional e de reprodução dos conhecimentos, de sua articulação com o estado e da criação de entidades associativas, emissoras de normas reguladoras do exercício profissional* [3].
>
> *Veja-se, "os físicos e os cirurgiões se apropriaram dos conhecimentos da saúde". Como se aqueles conhecimentos já não lhes tivessem sido atribuídos há mais de vinte e cinco séculos. Como se eles mesmos não os tivessem construído. Como uma espécie de conspiração com os legisladores. Como se tivessem inventado o mensalão. E mais "articulação com o estado e da criação de entidades associativas, emissoras de normas reguladoras do exercício profissional". Como se isto só acontecesse com os médicos, como se não igualmente sucedesse com todas as outras profissões.*

Provavelmente, só os advogados contam com um sistema de controle do exercício profissional tão atuante quanto o dos médicos na defesa dos interesses de sua clientela e da sociedade. Nas demais profissões, inclusive nos políticos, sacerdotes e outros religiosos, como regra geral a tendência tem sido a defesa prioritária de interesses corporativos e as condutas de mútua proteção, mesmo quando há condutas desviadas.

---

3 Pires, D. O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela medicina e pela enfermagem institucionalizadas. Em http://www.sociologia.ufsc.br/resumos/denisepires.html.

Porque a autoridade dos médicos lhes é conferida pela sociedade e por seus pacientes e, nos termos da lei, deve ser exercida com competência, dignidade, técnica e ética. As exigência legais de conduta profissional diligente, prudente e perita deve estar presente em todo procedimento de todos os agentes de todas as profissões existentes. Quando isso não acontecer, caracteriza-se um erro profissional de médico. Porque um erro profissional, em qualquer profissão é, justamente causar dano a cliente seu por falta de prudência, de perícia ou de diligência.

**Sobre o princípio da medicina**

(Santo Isidoro de Sevilha, em *Etimologias*)

1. Perguntam alguns por que não se inclui a medicina entre as outras artes liberais. A resposta é a seguinte: porque as artes liberais abordam em seu estudo matérias particulares, enquanto a medicina abarca a todas. Com efeito, o médico deve conhecer a gramática, para poder entender e expor o que lê.

2. O mesmo se pode dizer da retórica, de modo que possa delimitar com argumentos indiscutíveis os casos que tiver em suas mãos. Outro tanto há que se afirmar da dialética, que lhe permite, mediante o raciocínio, aprofundar seu conhecimento nas causas que provocam as enfermidades e nos remédios aplicáveis para sua cura. Necessita da aritmética, para o que se refere ao número de horas que duram os ataques febris e a periodicidade que apresentam.

3. Digamos o mesmo da geometria, quanto à índole das regiões e zonas nas quais indica o que é que cada um deve observar. E incluso não deve ignorar a música, pois muitas são as enfermidades que, como pode ler-se nos livros, têm sido tratadas utilizando esta disciplina: assim se lê de David, que liberou a Saul do espírito imundo servindo-se da música. Também o médico Esculápio restituiu com ela um enfermo atacado de loucura a seu anterior estado de saúde.

4. Conhecerá, enfim, também a astronomia, com a qual se examina o movimento dos astros e a evolução do tempo. Pois, como sustenta algum médico, a par das variações que se vão apresentando, nosso corpo experimenta igualmente alterações.

5. Daí que se considere a medicina como segunda filosofia. Uma e outra ciência reclamam para si o homem inteiro; pois se com uma se sana a alma, com a outra se cura o corpo.

*Bioética médica (em http://www.elabe.bioetica.org/32.htm)*

## O pensamento médico

O pensamento médico é uma modalidade particular de pensamento inteligente voltado para entender e explicar as questões relacionadas com os estados de saúde e enfermidade das pessoas e suas comunidades. Tanto do ponto de vista estrutural como operacional, o pensamento médico não se diferencia das outras formas particulares de pensamento inteligente aplicado em uma certa tarefa técnica.

O pensamento inteligente, também chamado pensamento racional, pode ser definido como o recurso neuropsíquico pelo qual a pessoa utiliza os conhecimentos previamente adquiridos e os processa logicamente para resolver problemas cuja solução lhe era desconhecida ao iniciar aquele exercício cognitivo. O pensamento inteligente fundamenta as condutas inteligentes, essencialmente transformadoras e criadoras, que constituem algumas das características fundamentais do ser humano, entendido como *Homo sapiens*. Conduta que se manifesta junto com a sensibilidade (sentimentalidade), a linguagem, a vontade e muitos outros atributos caracterizadores da espécie. Mas também se manifesta em todas as demais formas de expressão humana: as dimensões inteligentes da afetividade e da atividade psicomotora. Comportamentos humanos que só uma convenção as situou distantes da cognição e da memória.

Desde há muito, o pensamento inteligente tem sido entendido como produto da capacidade intelectual, da capacidade de pensar inteligentemente, o que configura uma das características neurais mais importantes dentre as que permitem distinguir os seres humanos dos componentes das demais espécies animais, ao mesmo tempo que, em cada caso individual, pode possibilitar a diferenciação de cada espécime dos demais de sua espécie.

As aptidões intelectuais e as capacidades para conceituar, ajuizar e raciocinar são importantes atributos cognitivos característicos da personalidade.

Do ponto de vista clínico, pode-se dividir o estudo do pensamento em dois níveis: a) o quantitativo, que se manifesta na velocidade de associação das ideias e constitui o fluxo ideativo na consciência (que os antigos chamavam ideação); b) o qualitativo, que diz respeito à qualidade da elaboração lógica das ideias, à eficácia das operações racionais, à habilidade na construção e manejo dos conceitos e juízos e à elaboração dos raciocínios.

Os aspectos quantitativos do pensamento referem-se a maior ou menor rapidez com que alguém processa suas ideias e ao volume do conteúdo do pensamento. Apesar de o funcionamento adequado do psiquismo exigir certo desempenho quantitativo, é possível (e comum) que pessoas de raciocínio lento e rápido apresentem desempenhos qualitativos de todos os tipos. Deste modo, pessoas de psiquismo rápido podem ter um desempenho intelectual de má qualidade e pessoas lentas podem apresentar ótimo desempenho qualitativo do raciocínio.

## Características do pensamento inteligente

O conhecimento não se resume ao acervo de fatos aprendidos diretamente da realidade, por meio de processos sensoperceptivos e memorizados para utilização ulterior; o ser humano também é dotado da capacidade de utilizar seu pensamento para elaborar novos conhecimentos e resolver problemas por meios indiretos,

mediante conclusões retiradas do processamento lógico dos fatos já sabidos e da elaboração inteligente de dados recolhidos em seu repertório de conhecimentos acumulados.

Smirnov aponta as seguintes características essenciais do pensamento lógico: 1) extensão (a extensão do pensar é imensamente maior do que a extensão do perceber); 2) capacidade de generalizar; 3) capacidade de distinguir o essencial do acessório.

*As operações racionais*. As operações racionais elementares (empregadas na elaboração dos processos lógicos e das capacidades cognitivo-psicológicas mais complexas) são: análise e síntese; generalização e sistematização; comparação.

*Análise e síntese*. Análise consiste na decomposição do todo lógico em seus constituintes, qualidades, componentes ou outros aspectos isoláveis que possam ser identificados na totalidade. Complementarmente, síntese, pelo contrário, consiste no procedimento de unificação subjetiva das partes, de modo a simular a reconstituição mental da totalidade, o que se realiza a partir da configuração elaborada com as partes conhecidas daquela totalidade. A noção vulgar de síntese como resumo de um conjunto de informações não tem sentido na filosofia da ciência nem na psicologia. Nem faz sentido entender a síntese como mera reunião (ainda que integrada) de componentes. O conceito epistemológico de síntese assemelha-se aos de amálgama, combinação, reação química.

*Generalização e sistematização*. O procedimento lógico de generalizar consiste em identificar mentalmente o que existe de comum em um conjunto de objetos ou fenômenos e utilizar a característica comum a todos para reuni-los em uma categoria unitária. Sistematizar, ao contrário, consiste no procedimento de promover a distribuição lógica dos objetos ou fenômenos em categorias singulares (grupos ou subgrupos que tenham algo em comum), usando como critério de classificação algum elemento compartilhado por todos os componentes de uma categoria em particular.

*Abstração e concreção*. Abstração é o processo mental de isolar, no pensamento, algum detalhe, elemento ou particularidade de qualquer objeto, mecanismo ou processo percebido ou conhecido por outro meio, imaginando-o distante de sua configuração original e funcionando isoladamente; isto é, o procedimento de abstrair consiste em separar mentalmente para considerar um aspecto do todo.

Concreção é o fenômeno oposto: consiste na interconexão dialética de uma totalidade desmembrada; a partir do conhecimento de um detalhe, recria-se mentalmente uma imagem da totalidade.

*Comparação (ou analogia)*. Comparar é estabelecer, no pensamento, as semelhanças (identificação) e diferenças (diferenciação) encontráveis entre objetos, conceitos, fenômenos ou processos.

*O processamento inteligente*. O processamento inteligente materializa-se na solução de problemas lógicos. A solução dos problemas racionais (ou lógicos) depende do funcionamento harmônico e integrado de todas as operações racionais que, deve ficar bem claro, se constituem em diferentes dimensões de uma mesma totalidade, que é o pensamento inteligente. A solução dos problemas lógicos também depende do processamento inteligente das informações, que deve obedecer uma metodologia adequada.

O que se poderia denominar processamento inteligente-padrão destinado a resolver problemas lógicos consiste na seguinte cadeia de procedimentos cognitivos:

1. O entendimento de um problema configura o primeiro passo para sua resolução. A exigência preliminar necessária para a solução de qualquer problema lógico deve ser entender o problema a ser resolvido. O entendimento de um problema lógico, como pré-condição para sua solução, resume-se na resposta do sujeito à indagação: o que fazer? O que é isso?

2. Segue-se-lhe o estabelecimento das associações (correlações entre os conteúdos de um problema com os conhecimentos

preexistentes. Inicialmente, busca-se identificar, na experiência anterior, outra situação idêntica ou semelhante e qual teria sido sua melhor solução.

3. A seguir, vem a construção das hipóteses, que consiste na identificação das possibilidades mais prováveis de solução para o problema em que se trabalha.

4. Segue-se a verificação das hipóteses, que podem ser comprovadas ou recusadas nas conclusões, pelo raciocínio lógico (demonstração) ou pela prática (comprovação).

5. Caso não sejam comprovadas as hipóteses, devem ser elaboradas novas hipóteses, que serão processadas inteligentemente, até que se encontre solução satisfatória.

Este processo aqui delineado constitui o cerne da cognição e do pensamento inteligente, não devendo ser entendido como sucessão mecânica de etapas isoladas, mas um processamento simultâneo e global que se inicia na percepção e no qual influem todos os demais atributos psicológicos do indivíduo. Na maior parte das vezes, a construção das hipóteses é tarefa inteligente mais elaborada e sofisticada que a eleição da hipótese mais adequada, que pode ser mero exercício de memória.

Como atividade inteligente, a possibilidade de construir hipóteses pertinentes para dar solução a um problema lógico parece muito mais importante que o ato, procedimento ou processo de verificar sua correção. Isto fundamenta sérias objeções que vêm sendo levantadas contra o emprego dos chamados testes objetivos no procedimento de avaliação pedagógica. O exagero desta prática de avaliação retira do estudante a tarefa de elaborar hipóteses, limita o raciocínio, estimula o pensamento estereotipado e a fixação mecânica, além de atrofiar as possibilidades criadoras. Outra deformação é a existência de investigações científicas sem hipóteses.

## As decisões médicas

As decisões médicas são processos psicológicos que conduzem às ações médicas. No plano formal, conservam a mesma estrutura dos processos decisórios comuns, apesar de utilizar informações provenientes das queixas dos doentes, da história clínica e dos exames realizados – aos quais se soma o conhecimento do médico que, além de fonte de informação, é um crisol para selecionar as informações obtidas e valorizá-las de modo ponderado, dando mais valor a umas e a outras, menos. Por isso, esta dimensão da atividade clínica é a pedra de toque que permite hierarquizar qualitativamente os médicos. Os melhores médicos são melhores porque tomam as melhores decisões.

Os drs. Samuel Ponce de León e Alejandro E. Macías, no trabalho "Decisiones médicas", constante do Seminário sobre El Ejercicío Actual de la Medicina, chama a atenção para a unidade dos aspectos técnicos e éticos também na atividade decisória dos médicos. E também para a importância da bagagem teórica dos médicos como elementos essenciais de suas decisões clínicas. Quanto mais e melhores teorias se conhece, maior a possibilidade de concluir acertadamente e de decidir com correção.

Mas, para estes autores, a tarefa mais importante das decisões, inclusive as médicas, se situa no terreno da elaboração das hipóteses. Elaborar hipóteses é tarefa mais inteligente que escolher a certa em um conjunto delas, como já se inferiu acima quando se tratou da solução de problemas lógicos e técnicos. Para eles, diante de cada caso, o médico tem que fazer uma escolha preliminar: não intervir imediatamente (observar), estudar mais detalhadamente o caso e fazer mais exames, ou tratar imediatamente.

Tal decisão preliminar deve estar baseada nas probalidades de estar presente um dado diagnóstico, ao menos em termo de diagnóstico provável ou provisório. Em princípio, quanto mais probabilidade houver do quadro corresponder a uma enfermidade grave, a intervenção deve ser mais precoce. Além disso, quanto

mais graves forem as manifestações sintomáticas, como a hipertensão arterial, por exemplo, a intervenção sintomática pode ser imediata enquanto se aguarda os resultados de outros exames para a caracterização nosológica daquele quadro.

No caso da decisão de tratar imediatamente, há que se considerar se o custo (que inclui o risco) do tratamento é maior ou menor que o de não tratar. A qualidade de uma terapêutica é determinada pela comparação de sua eficácia com seu custo (inclusive em termos de risco). E quando a decisão de tratar implicar em algum risco ponderável (pois não existe terapêutica completamente isenta de risco), o paciente ou seus familiares devem ser advertidos. Na situação em que se exerce a medicina no serviço público degradado, a opção costuma não ser pela melhor terapêutica, mas pela terapêutica possível.

Fato que salta aos olhos é que tais possibilidades não se excluem nem são definitivas. Podem se superpor e sofrer todas as mudanças que se fizerem necessárias.

## A medicina possível, a medicina real e a medicina ideal

Um trabalho com a despretensão deste não pode pretender abarcar toda a vastidão e complexidade da medicina, tal como atualmente praticada no mundo em todas as suas facetas e peculiaridades. Sequer descrever sua atividade com minudência ou amplitude. Tratar aqui da medicina, como é exercida em cada país, em cada especialidade, em cada serviço e cada médico, fica completamente fora de cogitação.

Este texto pretende cuidar da medicina tal qual ela deve ser e de como pode ser atualmente, sem grande dificuldade para a maioria das pessoas que a exercem. Principalmente porque a medicina também é uma instituição e cada instituição necessita seu modelo ideal de ação. E este modelo deve ser conhecido e perseguido por todos os seus praticantes. Aqui se cuida da medicina possí-

vel, tendo como alvo e referência a tradição da medicina ideal. A dimensão institucional é uma das mais importantes vertentes da identidade médica, apesar de ser uma das mais inaparentes. Pois a medicina é uma instituição social. Isto é, existe como um conjunto ideologizado de modelos de conduta que devem ser exercidos em benefício da sociedade. Para atender as necessidades individuais e coletivas das pessoas na sociedade.

Toda atividade institucional, procedimentos realizados para cumprir os propósitos reais de uma instituição social, é exercida a partir de um modelo ideal de organização e funcionamento e se destina a cumprir a missão daquela instituição. Modelo que serve de horizonte e alvo para seu desenvolvimento e como ideal de desempenho a ser perseguido por seus agentes individuais. A medicina também. Este livro transita nesta área. Lida com a missão institucional da medicina.

Aqui se cuida da medicina ideal e do ideal de médico. Ainda que se deva destacar que este ideal de medicina é fundamental para modelar o comportamento de qualquer instituição laboral e existe em todas as profissões. Especialmente nas profissões de saúde. Aqui se delineia o modelo ideal de atividade profissional médica a ser perseguido por todos os seus praticantes em todas as partes em que for exercida como atividade social, ética e técnica. Modelo que tipifica o dever ser, o dever fazer, o dever agir e, sobretudo, o dever interagir. Mas isto não se restringe às atividades laborais, se estende às instituições.

> *No entanto, este modelo não nasceu da cabeça deste autor. Foi aprendido, transcrito ou sintetizado do que ele conhece da história da profissão médica, tal como consta na bibliografia resumida. O que pode ser verificado por qualquer leitor que assim o desejar. O que aprendeu com seus mestres deve repassar aos demais.*

Qualquer atividade social de caráter institucional existe como um projeto ideal que deve ser seguido por todos os componentes das organizações reais instituídas à sua sombra. A sociedade espera

isto, principalmente porque nenhuma atividade se faz instituição sem que tenha importância especial para a sociedade que a institui. Quando isto não acontece, ela se deteriora, se desprestigia e tende a ser reformulada ou substituída. Sempre. A intensidade do desprestígio depende do quanto a conduta real de seus praticantes se distanciou de seu modelo ideal. Esta é a forma pela qual se define a existência das profissões e o desempenho de seus profissionais. O ideal de profissão e de profissional.

Contudo, este modelo ideal de profissão a ser perseguido deve ser realizável por pessoas comuns, bastando que sejam vocacionadas para isto, que estejam adequadamente capacitadas e devidamente habilitadas. No mínimo, homens e mulheres que não precisam ser santos ou anjos, nem carece que sejam heróis para desempenharem suas tarefas. Deve bastar que sejam seres humanos decentes, aptos a aprender e dispostos a realizar o aprendido. Mas diferentemente do que acontece com qualquer qualquer outra profissão, o médico deve ser apto e capaz de desempenhar as tarefas típicas de seu trabalho para exercê-lo, mas precisa ser vocacionado para exercer a medicina. Também não precisa ser um santo ou um herói. No seu caso, este requisito mais essencial, a vocação médica, consiste em se dispor a ajudar seus semelhantes em dificuldade por causa de enfermidade.

Repita-se que todo médico deve estar dotado dos três amores de que falava Hipócrates, as três dimensões da vocação médica, como se pode dizer hoje: filosofia ou amor à sabedoria (ao estudo, ao conhecimento); filotecnia ou amor à sua profissão; e filantropia ou amor pela humanidade e a disposição solidária de ajudar uma pessoa que esteja sofrendo.

> *A formação médica, qualquer que seja, deve cuidar para que cada graduado esteja especialmente dotado da capacidade de ajudar os enfermos e os que estiverem ameaçados de enfermar. Os médicos devem ser pessoas capazes de exercer ativamente esta atividade, que, apesar de técnica, a sociedade espera que deva ser basicamente altruísta e solidária como, aliás, deve ser todo trabalho médico.*

Cada tipo de atividade médica exige aptidões específicas e capacidades das quais aquela atividade necessite. Mas todos os médicos necessitam de algumas qualidades humanas para exercer seu trabalho com proficiência. Importa, sobretudo, que sejam capazes de amar, que gostem de gente, que sintam e pratiquem a filantropia, naquele sentido original. Além de outras coisas (atividade profissional de caráter mercantil, técnico e interação humana de ajuda solidária), a medicina também é uma instituição e isto reforça a importância de seu modelo ideal em sua avaliação objetiva. Mais do que em todas as outras entidades sociais, as *instituições* são aquelas cujas imagens mais sofrem a influência de seus modelos ideais e aquelas nas quais seus modelos ideais exercem mais influência em sua imagem. E destas, provavelmente hão de ser as instituições médicas e as religiosas que se revelam as mais sensíveis a esse fenômeno em todo o mundo.

A visão do mundo (cosmologia), a visão do homem (antropologia), a visão da sociedade (sociologia) e a visão da medicina se mostram inseparáveis das noções de saúde e enfermidade (de que se trata neste trabalho). Por isto, são importantes condicionadores do planejamento e da execução do trabalho médico, essenciais para a tomada de rumo profissional de cada médico. Grande parte da atividade de um médico depende das concepções sobre o que existe à sua volta. Cada uma dessas maneiras de encarar a realidade influi na maneira de cada médico pensar, sentir e agir – mesmo diante das situações mais técnicas.

A ideia do modelo ideal da medicina e de médico, e de suas atribuições privativas ou compartilhadas, deve manter mínima fidelidade à estrutura institucional dada na Constituição, além de ser condicionada pela percepção que as pessoas na sociedade tenham sobre ela e sobre a assistência sanitária que devem receber. Principalmente a assistência médica. Pois uma situação psicossocial muito importante se dá na comparação entre o modelo ideal de conduta de uma profissão e a conduta efetivamente realizada por seus profissionais. Se os próprios médicos não forem capazes de guardar com fidelidade os pilares técnicos e morais de sua atividade, o que a sociedade deve esperar deles?

> *Os estudantes de medicina e os seminaristas de todas as religiões sentem esta cobrança mal ingressados em sua formação. Às vezes, nem chegam aí. Mal manifestam o desejo de estudar medicina, já começam a deles cobrar a conduta de médico.*

Todo médico deve priorizar a vertente ética de sua prática. Quando houver conflito entre as dimensões técnica, econômica ou ética de uma conduta médica, a tradição médica faz com que a decisão deva se inclinar para a vertente ética. Em todos os casos, invariavelmente. O que deve constituir uma atitude de cada médico. Uma tendência a pensar, a sentir e a agir. Porque o compromisso de um médico para consigo e com a sociedade deve ser o humanitarismo e a conduta solidária com seus pacientes, sem discriminação. Exatamente porque é esta que melhor representa a tarefa institucional aderida à imagem da medicina e da atividade médica. Segundo a tradição hipocrática, essa deve ser a ordem de prioridades da conduta de um médico: primeiro, a ética; depois, o cívico; a seguir, o técnico e, por fim, o econômico. Note-se como esta tradição se choca com a ideologia na qual o econômico é mais que importante, é sagrado.

Contradições deste tipo tendem a gerar situações de frustrações e conflitos, principalmente quando se percebe que a conduta de um agente social (no caso, o médico) se distancia muito do modelo ideal de conduta de seu ofício. Esta é uma modalidade de infração de norma social. Mesmo que a norma seja apenas implícita. Frustração que pode se dar na consciência do infrator e na imagem pública da instituição. Neste último caso, se as instâncias disciplinares não sancionarem o agente infrator, todo sistema pode ser prejudicado. No segundo caso, a sanção emerge da consciência social e dos recursos culturais e jurídicos de que a sociedade dispõe para repor as coisas em seus lugares.

A primeira grande dificuldade que se apresenta ante quem pretenda entender (ou explicar) uma atividade laboral é endógena. Emerge de seu próprio interior. Principalmente quando de uma prática institucional com tantas implicações psicossociais e políticas e com objeto tão vasto e precioso, como é a medicina.

Na intimidade da medicina como instituição se reúnem e acumulam suas limitações de todas as ordens e defeitos cognitivos e metodológicos. Só então aparecem as dificuldades específicas do trabalho proposto, às quais se acrescentam os desejos, as fantasias e os projetos de seus cultivadores. Um segundo grupo de dificuldades conceituais para caracterizar a medicina é exógena. Provém de fora dela. Da sociedade, da clientela, dos concorrentes, dos que desejam sua posição na sociedade. Todas estas dificuldades se refletem em um trabalho como este, de caracterização da medicina como ela deve ser.

> *Quando se trata de definir lógica e consequentemente a necessidade de explicar a medicina, surgem as dificuldades específicas desta tarefa, as quais serão tratadas adiante.*

Esse segundo tipo de problema na realização profissional do médico ocorre quando há conflito entre o desejo, a possibilidade e o dever – as três estruturas de motivação que disputam na direção das condutas humanas. Muito mais que entre o desejo e a ausência do objeto desejado, que configura a frustração primária típica (mas que pode afetar qualquer animal). Ou entre o desejo e a impossibilidade, o não poder fazer (que também se nota nas condutas dos animais). A sociedade exige que cada pessoa privilegie o dever. Muito mais o médico em defesa de sua dignidade.

> *O senso de dever, como obrigação, está tão desmoralizado entre nós que quando se diz a uma pessoa que deve fazer tal coisa, de tal forma, ela interpreta aquilo como algo que poderá fazer se estiver a fim.*
>
> *O mesmo se dá com o senso de dignidade, entendido como o merecimento da pessoa por aquilo que é e pelo que faz. Há uma tendência a só usar este vocábulo em relação com o pagamento. O sentido desse conceito é muito mais amplo e se refere a todo tratamento que o exercício de seu papel e sua conduta façam com que ele seja digno de merecer.*

Em todas as comunidades os médicos altruístas são mais numerosos que os egoístas; e os solidários mais frequentes que os in-

sensíveis e desumanos; os despreendidos, mais comuns que os interesseiros. Felizmente! Felizmente também existem muito mais médicos altruístas, decentes, bem preparados, de bom caráter e dedicados aos seus pacientes (que hoje, geralmente, encontram-se frustrados pela impossibilidade de realizar adequadamente o que sabem fazer) do que pessoas não vocacionadas exercendo a medicina exclusiva ou principalmente em seu próprio benefício, desconsiderando o interesse do doente. Ainda que a degradação moral da sociedade contemporânea não estimule as condutas virtuosas. Ao contrário.

Toda ação humana resulta da influência de pelo menos três vetores sinérgicos e confluentes:

- o querer (que expressa a necessidade consciente – o desejo – ou inconsciente – a tendência);
- o poder (o potencial de fazer ou não fazer o desejado); e
- o dever (a obrigação de fazer ou não fazer alguma coisa).

> Toda práxis se origina da tensão entre três elementos: o desejo, a possibilidade e o senso do dever. Do dever fazer ou do dever não fazer. Do dever fazer ou não fazer desta maneira ou daquela outra. Destes fatores, o que se considera como principal condicionante das condutas das pessoas, talvez porque é mais especificamente humano, é o dever. O justo equilíbrio destas três tendências em cada situação concreta sob a hegemonia do senso do dever assinala a conduta (principalmente a conduta social) do ser humano maduro e responsável.

O senso do dever e de responsabilidade são qualidades humanas essenciais e inexistem na imaturidade (normal ou patológica), e situam o caráter tipicamente humano da conduta de pessoa madura (isto é, capaz de submeter seus desejos às ponderações de conveniência, moralidade). As condutas infantis, como as dos animais, estão moduladas unicamente pelo confronto da necessidade com a possibilidade (como também sucede com as crianças). E não há atividade humana na qual o senso de dever fale mais alto

do que no exercício da medicina. Por isto, em geral, a consciência social cidadã cobra dos médicos maior responsabilidade frente ao seu dever que dos outros profissionais.

> *Ao longo deste texto, há de se verificar (ou, mais frequentemente, se depreenderá) que o maior problema endógeno da medicina talvez resida no desempenho dos médicos que não têm vocação para esta atividade, que não a deveriam ter escolhido, mas que não sabem fazer outra coisa, não conseguem ou não se animam a mudar de trabalho. A verdade é que o lusco-fusco meio mágico e meio enobrecedor da medicina há muito tem atraído pessoas não vocacionadas para exercê-la como procedimento solidário de ajuda, mas pelos que se dirigem para ela atraídos pela ilusão de poder e de prosperidade que dela emana.*

Não há qualquer outra atividade humana, com a possível exceção da magistratura e do sacerdócio, na qual a necessidade da vocação e do predomínio do sentimento do dever sejam tão importantes e tão clamantes como na medicina. Nela, exige-se que o sentimento do dever seja (ou deva ser) superlativamente imperativo no comando das ações de seus agentes.

Para o médico, o cumprimento do dever e a obrigação de responder por suas ações, omissões e comissões deve representar mais que um ato de dever. Muito mais. Deve ser uma fonte de contentamento, de realização. Os médicos são agentes sociais nos quais se impõe com todo vigor o mandamento aristotélico: sê senhor de teus atos e escravo de tua consciência. Em todas as situações profissionais, em todos os casos nos quais deva intervir profissionalmente. Mas também como pessoa, como membros de uma família e como cidadão. Sempre.

A rigor, não há dia de folga para o médico nem momento de repouso, os doentes têm o direito de chamá-lo a qualquer hora. Nem pode desfrutar férias nas quais possa garantir que não terá que trabalhar mesmo incógnito (quantas vezes tem que atender ao apelo por um médico que possa estar presente no avião, no clube). Nem momento de lazer em que possa ter a garantia de

que não será chamado a atender alguém necessitado de seu serviço. Chamado, muitas e muitas vezes, pela sua consciência profissional que o impele a cumprir seu dever de médico.

A permanente solidariedade individual e social é dever de ofício dos médicos em todas as situações e momentos. De todos eles. Como dever irrecorrível.

> *Diz o mandamento canônico que um sacerdote católico é padre em todos os lugares, em todas as ações e em todas as situações. Até no inferno. Os médicos, também (Ainda que o inferno possa se apresentar muito diferentemente para os sacerdotes e para os médicos...).*

O senso do dever dos médicos e o modelo ideal da medicina assimilado pela consciência de cada um deles, quando sua formação é cuidada, os obrigam a estar permanentemente de serviço, atentos aos deveres de sua profissão em quaisquer situações. Não se pode (ou não se deve) imaginar um que deixe de prestar ajuda a quem inopinadamente dele precise.

O sentimento do dever de socorrer a um semelhante doente ou ferido, conduta que se mostra presente até em alguns animais gregários e, por isto, se tem como matriz etológica da ética, deve estar sempre presente nos médicos, em quaisquer situações nas quais se encontre ele e alguém que necessite sua ajuda ou julgue necessitar.

> *A infração penal da omissão de socorro, prevista no Código Penal, deveria ser inconcebível em um médico. Por causa de suas responsabilidades sociais, das quais a obrigação de socorrer um enfermo é a mais proeminente.*
>
> *Todos têm o direito de esperar dos médicos conduta solidária com relação às necessidades sanitárias das pessoas e das comunidades. Mas, especialmente, de seus pacientes.*

O médico tem o dever de consagrar sua vida profissional ao serviço da humanidade representada por seus pacientes. Sem qual-

quer discriminação. Com inteira boa-fé e a máxima perícia. Com toda a prudência, perícia e a máxima diligência exigida por cada caso a que se dedique. É este compromisso, mais que tudo, o que torna o médico diferente dos outros profissionais. É esta e não qualquer outra qualidade que distingue o médico na sociedade. Sem isto, é tornado igual a todos os demais. Como se fosse mero técnico ou burocrata prestador de algum serviço no mercado. Um serviço como os outros. Coisa que ele não é, nem deve ser. Porque seu serviço não pode nem deve ser considerado igual aos demais. Não por ele ou por aquilo que faz, mas pela dignidade especial dos pacientes, dos seres humanos enfermos. Esta é a tradição que seu passado lhe impõe. O serviço médico difere dos demais por causa de seu objeto e circunstâncias: o ser humano na condição de enfermo. O que alcança todas as profissões de serviços de saúde. Atividades que vêm a ser muito mais que atividades provedoras de serviços. Muito mais.

Nenhum médico que se preze deve aceitar esta condição de prestador de serviço sem resistir o mais que possa. Apesar de constituir um serviço, a medicina não se reduz a isto. Não se reduz nem deve ser reduzida a uma práxis econômica. Assim, o médico tem o dever de agir de modo a sustentar sua imagem e a imagem da medicina aos olhos da população. Sem que o faça, sua imagem e a de sua profissão se destrói e a sociedade sofrerá com isto. Porque toda sociedade necessita da melhor medicina e, por consequência, dos melhores médicos que puder ter.

A sociedade sofre com a desconceituação dos médicos e com as condutas antissociais praticadas pelos agentes da medicina porque a reputação do trabalho médico fica muito prejudicada quando isto acontece, pois não há sociedade que possa prescindir da medicina. A confiança e o respeito mútuos são os principais ingredientes da relação médico-paciente; haja vista que a relação médico-paciente constitui o apoio essencial dos procedimentos diagnósticos e, principalmente, terapêuticos. Se a sociedade não podia prescindir da medicina quando ela era primitiva e ineficaz (apesar de se acreditar o contrário), imagine-se hoje.

É verdade que a medicina raramente pode ser exercida como prática solitária. Em geral, os agentes da medicina trabalham em equipes multidisciplinares (quando compostas unicamente por médicos de diferentes disciplinas médicas) ou multiprofissionais (quando compostas por agentes de diversas profissões). E também é verdade que a medicina já não é uma atividade econômica liberal. Sequer predominantemente autônoma – situações que já desfrutou no passado. Sua proletarização é evidente a qualquer observador atento. Pois também é verdadeiro que atualmente os médicos, na imensa maioria, situam-se entre os trabalhadores assalariados (ou subassalariados sob a rubrica de credenciados).

> *Que costuma ser uma forma velhaca de lhes sonegar direitos laborais.*

Ainda que esta situação laboral de superexploração não os dispense do dever humanitário inerente à sua profissão desde sua origem; do dever de serem superlativamente humanitários quando comparados com os outros profissionais, nem de seu compromisso de lealdade prioritária aos seus pacientes. Assim como o assalariamento não isenta os militares do dever essencial de patriotismo, de lealdade prioritária para com seus concidadãos. Do maior patriotismo que se pode exigir de um cidadão em uma república: o de oferecer sua vida e sua morte pela pátria agredida ou ameaçada. Dos médicos espera-se com naturalidade que dediquem suas vidas em favor da humanidade.

> *Dever.*
>
> *Este verbo, que indica uma das ações mais importantes para os seres humanos na qualidade de agentes morais, apresenta hoje curiosa transformação semântica. Vive-se atualmente uma curiosa e inexplicável dicotomia significativa no uso do verbo dever e do substantivo dever, figuras léxicas que sempre foram equivalentes, exprimiam a capacidade das pessoas se obrigarem a fazer ou a deixarem de fazer alguma coisa. Muito recentemente, deu-se um fenômeno linguístico que pode indicar um certo descaso da cultura (e não mais dos indivíduos) para com o dever.*

*Quanto ao verbo. Dever, v.t.(do latim de + habere = ter de), ter dívidas ou obrigações que cumprir ou que pagar, restituir, ressarcir ou reparar. Ter que prestar imperativamente um obséquio ou um serviço a alguém. O verbo dever seguido de um outro verbo no infinito exprime uma ação que sucederá fatalmente, que não pode deixar de ocorrer. Impõe uma obrigação indeclinável. E ao substantivo. Dever, s.m., que resultou da substantivação do verbo dever. Significa obrigação, necessidade imperativa de fazer ou deixar de fazer alguma coisa. Em sua origem, o verbo dever tem uma denotação mandatória que parece estar sendo perdida para os falantes brasileiros. Principalmente para os mais jovens, o dever de hoje já não é mais o de antigamente.*

*Aos poucos, ao menos na linguagem comum, o verbo dever foi perdendo seu caráter imperativo. Passou a significar precisar ou necessitar, o que já não tem o mesmo caráter de obrigatoriedade. Por isto, nas aulas, quando um professor diz que um médico deve fazer isto ou deve não fazer aquilo, aparece um aluno para perguntar. Por que deve? O senhor não disse que era obrigatório. E é, ou melhor, continua sendo.*

## As muitas vertentes da medicina-profissão

A palavra medicina não tem unidade significativa em todas as situações. Falta-lhe estabilidade de significação, quer factual quer conceitual. O que se dá principalmente na linguagem vulgar. Não obstante, deve-se reconhecer que também não consiste em um monobloco categorial na linguagem dos autores científicos. Atrás da aparente unidade de significado que emerge de sua aparência, coexistem diversas identidades particulares e peculiaridades muito usadas na linguagem comum do dia a dia. Principalmente quando submetida à influência ideológica de idiomas estrangeiros hegemônicos. Fato cujo conhecimento parece ser muito importante para quem pretende estudá-la. Principalmente se este alguém for ou pretender tornar-se médico.

Pois a contaminação do senso-comum é um dos maiores entraves à cientificidade nas ciências humanas e sociais. Na dependência do ponto de vista adotado, a medicina pode ser classificada de

diferentes maneiras e quase todas elas costumam ser chamadas de medicina na linguagem vulgar. Realmente, uma das maiores dificuldades para definir o objeto da medicina reside no fato de ela ser simultaneamente una e múltipla; de haver diversas entidades denominadas medicina que podem se superpor na realidade dos mesmos procedimentos com os mesmos protagonistas. A primeira destas divisões, típica do senso comum, é a que divide a medicina em popular (tradicional, folclórica, religiosa, alternativa, natural) e científica. Três entidades sociais bem distintas integram a medicina, definindo-se cada uma delas como uma vertente da atividade médica. E cada uma delas se apresenta radicalmente diferente das demais.

- Primeiro, denomina-se medicina à atividade profissional carateristicamente tecnológica social e humana incumbida de diagnosticar enfermidades e tratar enfermos, além de outras que lhes sejam correlatas, exercida privativamente pelos médicos, com todas as suas facetas e identidades;

- Em segundo lugar, também há quem chame medicina a qualquer remédio ou a qualquer tratamento – sentido este que se encontra muito mais presente na língua inglesa (*medicine*) que nas latinas.

- E um terceiro significado, existente ao menos na linguagem do senso-comum, que reúne as assim denominadas técnicas paralelas de tratamento, como são chamadas as práticas terapêuticas que renegam a medicina e são renegadas por ela (em geral, técnicas e procedimentos já empregados pelos médicos em alguma época, mas que se tornaram obsoletos e foram substituídos).

Com relação ao primeiro item, observe-se que médico e medicina são categorias dialéticas inseparáveis (o que não é demais repetir). Só podem existir juntas. Mesmo como elaboração mental. Não há médico sem medicina, nem medicina sem médico. Em nenhuma hipótese credível.

Por isto, deve-se considerar a completa vanidade de tentar separar estes dois conceitos e dois entes sociais completamente intercomplementares, circulares. Médico e medicina ou profissão médica (profissão dos médicos) configuram um complexo conceitual inseparável. Uma unidade social. O emprego da palavra *medicina* como remédio é uma figura de linguagem reforçada pelo uso que se faz dela no idioma inglês, tal como falado nos Estados Unidos da América, principalmente quando se reporta ao seu emprego pelos indígenas daquele país.

> *Aprendia-se nos filmes antigos de caubói que todo indígena norte-americano (pelo menos naquelas histórias) carregava um bisaco ou alforge de remédios – o saco das medicinas, com os remédios mais comuns dos quais viesse a necessitar.*

Com relação ao terceiro sentido mencionado, tenha-se presente que a designação *medicina alternativa* é tão fraudulenta como prática social quanto o é como tradução de uma expressão inglesa. *Alternative medicine*, ao ser traduzida para o português, significa remédio alternativo. A diferença deve decorrer da intenção de quem traduz. É falsa porque distorce a realidade, e fraudulenta quando se der intencionalmente e equivocada, quando fruto de desinformação.

> *Embora o fator reducionista seja o considerado aqui e agora neste trabalho, há pelo menos mais duas situações estruturantes que podem dar (e dão) azo a reducionismos muito perniciosos ao entendimento e à prática da medicina: sua redução aos elementos físico, mental e social que definem um dos aspectos de sua estrutura; e sua redução a uma das especialidades médicas, traço parcial da identidade médica que pode passar a ser tomada pela totalidade do sistema.*
>
> *Neste último caso, o reducionismo implica no fracionamento da atividade médica, uma teoria e prática que toma a parte pelo todo.*

Como exercício da clínica, a medicina pode ser decomposta em duas vertentes principais: a medicina geral e a medicina especializada.

Mesmo na linguagem rigorosamente científica, a medicina pode ser decomposta em três estruturas ou dimensões que se superpõem na prática médica: a dimensão tecnológica, a dimensão mercantil e a dimensão ética.

> *Destas dimensões se tratará mais detalhadamente, mais adiante. Convém, no entanto, destacar que, muito provavelmente, este será o primeiro patamar de uma avaliação analítica da identidade do médico e da estrutura do papel que desempenha na sociedade.*

A medicina, entendida como atividade profissional, também pode ser subdividida em três categorias: a atividade privada autônoma, o trabalho assalariado e a prestação de serviço credenciado (intermediária entre as outras).

> *Formalmente, o trabalho médico credenciado constitui modalidade particular de atividade laboral autônoma. Entretanto, na verdade, não é assim. É uma forma disfarçada de subemprego.*

Como sucede com muitas entidades complexas com dimensões e limites nem sempre bem definidos, a totalidade da profissão médica pode ser prejudicada por esta identidade polifacética e pela carência de limites entre estas categorias (conhecimento científico, atividade laboriosa e conduta solidária de ajuda humanitária). O principal prejuízo reside no risco do reducionismo, pelo qual uma destas subunidades pode ser tomada pela totalidade.

O que caracteriza o conhecimento médico não é só o conteúdo científico de suas proposições, seus juízos e suas teorias, mas, e principalmente, seu enquadramento humanitário e ético como fundamento de uma prática social. A eticidade de seus propósitos e o caráter solidário de suas práticas. Como já se mostrou anteriormente neste texto, todas as outras dimensões da medicina, seja mercantil, burocrática, política ou qualquer outra possível, devem estar sempre supordinadas à dimensão humanitária. O que deve ocorrer, principalmente na conduta dos médicos. Porque é aí e só aí que a medicina-profissão se realiza inteiramente.

Em função da primeira exigência, o que se considerava medicina há cinquenta anos pode não ser considerado como medicina hoje ou deixar de sê-lo amanhã. Como, aliás, sucede em todas as atividades científicas e técnicas. Pois sabe-se que as ciências fáticas, nas quais se baseia grande parte do conhecimento e da práxis médica, evoluem, ampliam, substituem e refazem seus resultados à medida que se aperfeiçoam os recursos metodológicos postos à sua disposição.

Acontece, também, que o próprio conceito de *ciência* evolui, na proporção em que evoluem os recursos teóricos e práticos postos ao dispor dos cientistas em sua tarefa de desvendar o mundo (que inclui a natureza, a sociedade, o ser humano e sua atividade mental).

> *Um cientista não se envergonha de se contradizer em momentos diferentes, se essa contradição, proveniente da experiência ou do raciocínio científicos, se mostra verdadeira no momento seguinte, por mais que isto faça demolir proposições tidas como verdades científicas até então. Quanto mais quando se trata de incorporar novos conhecimentos que assegurem maior eficácia e segurança ao seu trabalho. Por isso, não existe medicina alternativa nem alternativas à medicina. Ainda que possam existir (e frequentemente existem) alternativas na medicina. Possibilidades diagnósticas e terapêuticas diferentes que permitam escolher qual empregar no âmbito do conhecimento verificado e estabelecido pelos cânones da profissão. Cânones que objetivam assegurar aos pacientes o melhor tratamento que seu caso exigir.*

Na qualidade de conhecimento científico aplicado, a medicina se modifica na mesma proporção em que evoluem os conhecimentos que fundamentam seus procedimentos técnicos. O que se dá pela constante incorporação de todas as informações e recursos tecnológicos surgidos que ampliem suas possibilidades de explicar e de prever; mas, sobretudo, que se mostrem suficientemente válidos e fidedignos para serem reconhecidas como científicos de acordo com os critérios vigentes. Isto se dá pela assimilação dos

novos recursos técnicos e cognitivos que possibilitem aumentar e aperfeiçoar suas possibilidades de intervir para atingir seus objetivos. Neste processo, muitas informações e técnicas são abandonadas por obsoletas, com maior risco ou mais dispendiosas que as novas. Em geral, a obsolescência técnica de um procedimento médico é determinada pela ineficácia (mesmo relativa ou circunstancial), pelo custo e pelo risco. Mas pode decorrer de outros fatores, como as circunstâncias políticas, comerciais, religiosas ou outros.

À medida que o tempo passa, avoluma-se o conhecimento, aperfeiçoam-se os recursos para conhecer, evolui a noção de ciência e se tornam mais exigentes os critérios para reconhecer a cientificidade dos conceitos, proposições e teorias. Além dos métodos e procedimentos de investigação científica. E isto ajuda ao desenvolvimento do conhecimento porque aperfeiçoa a estabilidade e a validade das informações tidas como científicas. Daí porque muitos procedimentos considerados científicos ou eficazes em um dado momento da vida das pessoas e das sociedades deixam de sê-lo e se amontoam na vala comum das tecnologias obsoletas, em um momento seguinte.

Analogamente, ao longo do tempo e à proporção em que se aperfeiçoam as tecnologias, as muitas técnicas em uso que se revelam menos seguras e/ou menos eficazes são substituídas por outras, mais seguras e mais eficazes, a despeito de sua validade científica não permitir qualquer reparo, porque não é apenas a cientificidade, expressa em termos de fidedignidade e validade, que determina a persistência do uso de uma técnica. Ainda que o custo, a segurança e a eficácia possam sofrer a influência de fatores que variem de acordo com as circunstâncias. O que pode inverter o curso do processo. O custo financeiro (porque existem outros) também pode ser fator importante de determinação da atualidade ou obsolescência de uma técnica ou tecnologia. As de maior custo tendem a ser substituídas pelas de menor custo. Embora isto esteja se tornando cada vez mais raro.

*Os interesses econômicos sem qualquer controle impõem tecnologias cada vez mais dispendiosas. Mesmo que isto não seja necessário. É que se dirigem pela lógica da lucratividade, e não pela da felicidade ou da saúde.*

*O caráter científico (expresso em termos de fidedignidade e de validade), a eficácia e a segurança são os parâmetros definidores do paradigma médico-científico contemporâneo. Como se poderá ver no capítulo deste texto que trata dos fundamentos científicos da medicina.*

Com o primeiro sentido, a palavra *medicina* é termo técnico-profissional, um título acadêmico e ocupacional. E, mesmo assim, ainda é possível diferenciar duas medicinas profissionais: uma, individual e outra, coletiva. Embora não seja possível estabelecer com precisão os limites práticos entre estes dois últimos conceitos técnicos, nem caracterizar muito bem as condições clínicas situadas na larga zona fronteiriça entre elas.

Contudo, ao menos conceitualmente, essas duas entidades – a medicina individual e a saúde social, que muitos preferem denominar medicina social – podem ser bem conhecidas, reconhecidas e diferenciadas com alguma facilidade ao menos pelos leigos e não especialistas (porque estes não conseguem chegar a um acordo facilmente, sequer com a designação de sua atividade). Portanto, de saída e em tese, a tarefa pode parecer fácil. Demasiado fácil. A partir de uma perspectiva deliberadamente simplificada, a primeira entidade estaria dirigida para atender às necessidades de indivíduos, enquanto a segunda se destinaria ao atendimento de coletividades mais ou menos organizadas em suas necessidades sanitárias.

*Na prática, essa interpretação pode parecer mais complicada porque existem diversas questões ideológicas e posições políticas implícitas em cada uma destas designações. Questões ideológicas e posições políticas bastante divergentes, senão opostas, que só podem ser entendidas por quem conhece a emergência e a evolução histórica destes conceitos. Coisa de que se tratará noutro momento deste trabalho.*

Deve-se situar entre parênteses que, ao menos neste texto, define-se *comunidade* como um sistema social cujos componentes individuais habitam ou trabalham em um determinado local, ou exercem uma mesma atividade que os põe em contato, podem se comunicar sem a intermediação de outras pessoas, têm consciência de seus problemas comuns e se mobilizam de algum modo para resolvê-los.

No entanto, nem sempre é possível estabelecer a natureza das relações recíprocas entre os indivíduos e as suas comunidades de referência. Como se interinfluenciam do ponto de vista da origem e da evolução das condições patológicas.

> *O caráter das pessoas se conforma durante os primeiros anos de sua existência e é condicionado por suas relações socioafetivas próximas: a família e a comunidade imediata e os outros meios mais remotos em que se desenvolve sua personalidade.*
>
> *A cultura (etnia) pode ser poderosa influência no desenvolvimento da personalidade das pessoas, sobretudo de seu caráter e de suas possibilidades de interação social satisfatória e adequada.*

Ainda que conceito pouco preciso para emprego científico, pode-se entender *comunidade* como a coletividade humana que vive ou trabalha habitualmente em um lugar definido e mais ou menos restrito, tem consciência de seus interesses e conveniências, conhece seus problemas, reconhece suas possibilidades para enfrentá-los e mobiliza seus recursos para resolvê-los – como já dito. A consciência dos seus problemas comuns e seu potencial de mobilização para resolvê-los são os elementos essenciais para seu reconhecimento. Essa concepção política e dinâmica de comunidade se diferencia muito daquela, estática e tecnicista, que a reconhece simplesmente na coexistência habitual de certo número de pessoas que habitam ou trabalham em um mesmo lugar e podem se comunicar e interagir entre si.

Do ponto de vista exposto acima, os moradores de um bairro não formam, necessariamente, uma comunidade, apesar de serem uma coletividade, por exemplo. Nem os trabalhadores de um

mesmo ofício, apenas por isto. Como se pode constatar, o caráter comunitário só será reconhecido a uma coletividade a partir da consciência política que seus membros adquiram e desenvolvam, mesmo que esta se mostre mais ou menos embrionária – e, principalmente, das possibilidades da ação política que esta conciência determine.

Consciência política que é representada na comunidade pela capacidade de as pessoas identificarem suas necessidades comuns, reconhecerem suas possibilidades de ação para resolvê-las e mobilizarem-se para fazê-lo. Já as coletividades, estas se reconhecem apenas pela pluralidade de seus componentes. Basta haver mais de um único componente para que aquele conjunto humano venha a ser chamado de coletividade. Por isto, é necessário cuidado para não confundir os dois conceitos e os dois fenômenos da realidade social, por causa da diferença essencial havida entre eles. Diferença que pode explicar muita confusão evitável que acontece por aí. Comunidades e coletividades são conceitos diferentes.

Para este autor, comunidade é um tipo particular de entidade social; o ente social que reúne pessoas com qualquer tipo ou grau de consciência política de sua identidade social e da possibilidade de organizar e praticar alguma ação coletiva comum, mas que convivem ou trabalham em um mesmo local, reconhecem seus problemas e se mobilizam para resolvê-los em seu benefício.

No entanto, mesmo considerando a caracterização posta acima, esta expressão "*comunidade*" ainda está insuficiente e precariamente definida para as exigências da terminologia científica. Ainda que se empregue muito esta palavra. Por isso, principalmente, deve-se evitar designar como algo comunitário ou comunitária aquilo que merecer apenas adjetivos como "social" ou "coletivo(a)". Como acontece com a expressão medicina comunitária, por exemplo, sem que se defina o que é, mas na maior parte dos casos trata-se apenas de uma atividade de saúde coletiva. A respeito deste reparo, sabe-se que qualquer atividade humana coletiva "*comunitária*" deve existir como um organismo social em

desenvolvimento político. Um desenvolvimento que se desenrola em volta da noção de poder político, do desenvolvimento de consciência e práxis políticas. E aí, como sucede em muitas outras situações análogas, a ação política é inseparável da consciência política. Ação e consciência que formam uma unidade conceitual e como fato na realidade vivida por todas as pessoas e todas as entidades sociais.

As comunidades, como os demais sistemas sociais, são organismos socioculturais com identidade, origem e destino. Uma entidade social característica, que obedece às leis dos sistemas (teoria geral dos sistemas) e, adicionalmente, às leis específicas das organizações sociais (leis sociológicas). E é assim que deve ser estudada. E diagnosticada. Assim como deve ser objeto de intervenção técnica ou política unitária e individualizada. O que não acontece quando uma coletividade é tratada como resumida a uma soma de indivíduos, uma pluralidade de pessoas.

> *Destarte, pode-se inferir que a primeira tarefa de elaborar um estudo sobre o objeto da medicina resida em afastar a assim chamada medicina social do conceito de medicina clínica. Na verdade e a rigor, a chamada medicina social não se trata de uma medicina, sequer de um ramo dela. Aqui, a noção de medicina social encarna o sentido de sistema de cuidados com a saúde de comunidades. Desde sua origem, a expressão medicina social se reporta à tentativa de fusão do conceito de medicina com o de coletividade no lugar de indivíduo. Pouco tem a ver com a ideia de medicina clínica, com a qual não guarda identidade nem analogia suficientemente próxima para confundir. E que não pode ser entendida como medicina individual exercida em grupos de seres humanos ou de outros agregados humanos.*
>
> *Essa medicina das coletividades, que pode ser confundida com a noção de saúde coletiva, ultrapassa em muito os limites da atividade médica, com o sentido clínico que lhe tem sido atribuído aqui, porque este tem caráter individual. Interessa aos papéis representados pela convivência social principalmente na gênese e no desenvolvimento das enfermidades. E das formas e de como controlá-las.*

*A expressão saúde social, além de destacar seu caráter positivo, coletivo e preventivo, que deve tipificar tudo o que é sanitário, contém conotação de atividade sociopolítica. No que se refere a um sentido especial da palavra política. O sentido presente em expressões como política, políticas públicas, política pública de gestão do bem-estar social. Este sentido de política se reporta às diretrizes administrativas genéricas que foram elaboradas inicialmente para orientar as ações dos agentes do Estado ou do governo em benefício do povo.*

*A noção de política pública abrange, inclusive, a ação dos agentes governamentais e estatais em suas relações internacionais de todos os tipos. Neste sentido particular, o termo política pública pode e costuma ser usado para significar desde a política econômica e as demais políticas dela decorrentes, inclusive as políticas sociais e, nelas, as políticas de saúde. Os fenômenos sociais que podem ser rigorosamente denominados políticas públicas são as políticas governamentais e as políticas estatais. Isto é, os projetos políticos de autoria de organismos governamentais ou estatais. A noção de política pública confronta com a política de ação das entidades privadas.*

A medicina clínica (individual) difere da chamada medicina social, que seria melhor denominada saúde social ou saúde comunitária – ainda que não se oponha à ela. Ao contrário, completa-a.

Os termos saúde coletiva, saúde social e saúde comunitária se referem à atividade multiprofissional voltada para as necessidades sanitárias das comunidades humanas, devendo incluir todos os procedimentos de prevenção primária da medicina preventiva. Enquanto os procedimentos diagnosticadores ou terapêuticos, típicos da prevenção secundária e privativos de médicos, podem não figurar em todos os seus programas.

A medicina individual está situada em seu interior unicamente naquilo que respeita aos trabalhos de diagnosticar doenças e indicar a terapêutica dos doentes. Posto que estas são atividades laborais específica e privativamente médicas. Não obstante, não há médicos individuais e médicos sociais ou, sequer, coletivos. Estes

adjetivos se referem a procedimentos da medicina. Praticamente, todos os médicos, ou ao menos sua imensa maioria, realizam procedimentos destas duas qualidades em sua atividade laboral. Principalmente porque o limite entre estes dois tipos de atividade costuma ser muito tênue, quando existe.

Considera-se que a operação das tecnologias destinadas a diagnosticar enfermidades e tratar enfermos são e devem continuar sendo privativas dos profissionais da medicina, porque essas são as funções médicas mais essenciais.

> *Não há qualquer justificativa para que a tarefa de diagnosticar enfermidades e prescrever tratamentos para enfermos seja atribuída a outros agentes profissionais não médicos. Porque, caso se façam adequadamente preparados para exercer esta função, serão médicos.*

Do ponto de vista dos propósitos deste trabalho, o que aqui se denomina prática médica é a atividade individual centrada na tarefa de diagnosticar doenças e tratar doentes, mesmo que esteja incluída no interior de um programa de saúde coletiva, saúde social ou de medicina social. Como se vê, a chamada medicina das coletividades é uma entidade complexa que inclui a medicina individual, mas tem sentido demasiado metafórico.

Aqueles fenômenos chamados medicina individual e medicina coletiva não se contrapõem, mas se completam. Inteiramente. Não se mostram autoexcludentes. Ao contrário, seus procedimentos se imbricam e se entrelaçam sem deixar de lado suas características mais essenciais. Por exemplo, muitos programas de saúde coletiva praticam o diagnóstico de enfermidades e tratamento de enfermos. Ao mesmo tempo que o tratamento de um doente exerce influência sanitária positiva em sua família, seu trabalho e sua comunidade.

Tradicionalmente, o conceito de medicina individual se confunde com o de medicina clínica. Embora, examinando-se com atenção, pode-se verificar que todos os procedimentos cirúrgicos cabem

inteiramente no conceito de medicina individual. A palavra *clínica*, estudada etimologicamente, mostra-se proveniente do latim *klinos*, que quer dizer leito, cama. Por isto, intimamente ligada à prática médica.

> *A palavra "clínica" traz clara referência ao doente acamado, tão doente que deve guardar o leito. Primitivamente utilizava-se o termo metaforicamente, para referir doente mais grave. No início, a palavra clínica indicava o doente que deveria ficar acamado por causa da gravidade de sua enfermidade ou da invalidez que provocasse. Depois, passou a se referir a qualquer procedimento, terapêutico ou forma de diagnóstico, desde que não tivesse caráter cirúrgico. Atualmente, a palavra "clínica" assumiu o antigo significado do substantivo medicina e o adjetivo médico em seu sentido mais amplo, abrangendo tanto a clínica médica (medicina clínica) quanto a clínica cirúrgica (medicina cirúrgica). Mas também é usado pela Odontologia e Psicologia.*

A expressão medicina e cirurgia se justifica porque até o fim do século XVIII e início do XIX, a cirurgia, apesar de a ela ligada, não integrava a medicina desde há muitos séculos. Integração que só veio a se concretizar em muitos lugares quando já ia avançado o século XX, depois do advento da anestesia e da assepsia, e se aprofundou com a anestesia e os antibióticos.

Mesmo após a reintegração da cirurgia à medicina, as escolas e entidades associativas dos médicos eram chamadas faculdades e sociedades de medicina e cirurgia. Mas os médicos desfrutavam reputação muito melhor que os cirurgiões, que conduziram por muito tempo o estigma de sua origem no trabalho manual. Embora na Idade Média e no Renascimento fosse usual que alguns médicos realizassem cirurgias, o comum é que fossem feitas por barbeiros, especialmente os barbeiros-sangradores. Quando a medicina e a cirurgia foram reunidas, o termo *clínica* substituiu a palavra *medicina* com sentido restrito de assistência médica aos pacientes individuais. Talvez por isso, o próximo passo semântico tenha sido dividir a atividade médica em clínica médica e clínica cirúrgica.

*Os médicos veterinários, os odontólogos ou dentistas (por muito tempo chamados unicamente de cirurgiões dentistas) e, mais tarde, os enfermeiros, acompanharam essa sistemática médica de separar a clínica médica da clínica cirúrgica. Nesse terreno, o que parece um tanto difícil de entender quando se considera apenas o significado etimológico original, é o surgimento de denominações como psicologia clínica, filosofia clínica e outras semelhantes (que não têm qualquer ligação com leito). A não ser como esforço de mimetizar o emprego médico mais tardio, o que pode ser feito consciente ou inconscientemente, voluntária ou involuntariamente.*

*Acompanhando a tendência integrativa da cirurgia e da clínica, os cirurgiões dentistas portugueses são chamados médicos dentistas. Não porque sejam médicos especialistas em odontologia, como muitos supõem; nem porque se formem nos mesmos estabelecimentos de ensino com currículos idênticos aos dos médicos, como é a opinião de outros, mas porque esta é a designação considerada mais correta daquela profissão naquele país. É possível supor que esta designação seja adotada no mundo inteiro em futuro próximo. Porque o desenvolvimento da odontologia o exigirá, se pretender deixar de ser mera aplicação técnica.*

O que se denomina medicina clínica, que para muitos se confunde com a clínica médica ou medicina interna, vem a ser a medicina individual de adultos, a clínica geral de pacientes adultos. O atendimento médico de pacientes individuais, de pessoas adultas enfermas e não de enfermidades em pessoas adultas. Atendimento técnico e, sobretudo, ético de pessoas adultas enfermas. Muito mais do que o tratamento de enfermidades em pessoas. Com o passar dos séculos, a expressão clínica deixou de ser caracterizada pelo leito (*klinos*) para ser assinalada pela relação de ajuda solidária.

A clínica médica é o modelo paradigmático da identidade profissional do médico, apesar da carência de unanimidade na opinião sobre a matéria. Denomina-se *clínica médica* a toda prática médica, excluídas as cirúrgica, ginecológica, obstétrica e pediátrica, além das atividades de Saúde Pública e dos procedimentos com-

plementares ao diagnóstico e ao tratamento (a assim chamada Patologia Clínica).

A Patologia Clínica engloba todos os procedimentos técnicos que são denominados como *complementares*, auxiliares ou suplementares, porque complementam, auxiliam ou suplementam a prática clínica, sobretudo, completam o procedimento diagnosticador. A atividade clínica serve de referencial para todas as outras práticas médicas. Porque a atividade médica mestra é, essencialmente, a clínica, tudo o mais brota dela ou converge para ela.

A relação interativa, intersubjetiva e dual de ajuda do médico com o paciente constitui a marca distintiva da medicina clínica. A relação médico-paciente constitui o núcleo da atividade médica clínica, tanto geral como especializada. Embora nem toda atividade médica especializada seja clínica, neste sentido. Neste ponto, deve-se começar a entender porque os conceitos de medicina individual e medicina clínica podem parecer equivalentes, mas não idênticos; porque são perfeitamente superponíveis, mas não podem se substituir em todos os casos em que são empregados. Para alguns outros, parece necessário diferenciar conceitualmente a medicina clínica da clínica médica. Com este sentido mais restrito, o conceito de medicina clínica também inclui as chamadas clínicas cirúrgicas; o de clínica médica, não.

A noção de *medicina clínica* engloba todos os procedimentos médicos semiológicos e os que tiverem alguma resolubilidade na consulta médica ou na relação médico-paciente e, também, todas as formas possíveis dos procedimentos cirúrgicos – a clínica cirúrgica. Também se confunde com a noção de medicina atecnológica, vez que se limita a empregar recursos técnicos bastante simples, como o estetoscópio, o tensiômetro, o termômetro, o estilete, o martelo de pesquisar reflexos profundos e outros. Excluem-se dela as atividades da medicina social e os procedimentos técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica. Na prática, no entanto, esta diferenciação não existe. Ou não deve existir. Ambas formam uma totalidade inseparável. A tentativa de separá-las resulta de um desvio ideológico extremamente danoso para a sociedade, que necessita delas integradas.

*Não é possível fazer boa medicina individual sem conhecer medicina social, nem fazer satisfatoriamente medicina social sem conhecer medicina individual. Medicina social sem medicina individual não é medicina, é apenas sociologia médica. E a medicina individual sem medicina social e sem a psicologia médica reduz-se a um ramo menor da veterinária, uma espécie de clínica veterinária humana. Sem tirar nem pôr.*

*As tentativas de separar a medicina individual da medicina social integram o mal dissimulado projeto de lotear a medicina, propósito claramente antissocial, porque a divisão da medicina não interessa à sociedade.*

## Os médicos e a iatrogenia

Não deve haver médico que ignore o primeiro princípio hipocrático da ética médica: *primum, non nocere* – o princípio da não maleficência. Primeiro, não fazer mal, não danificar, não prejudicar, reza o mandamento ético. Segue-se o princípio que consagra o dever de beneficiar. O médico deve atuar sempre em benefício de seus pacientes e da humanidade, priorizando os interesses do seu paciente frente ao das outras pessoas. Inclusive os do Estado e os seus próprios. Os conhecidos princípios da beneficência e da magnanimidade médica. Embora todo ato médico deva visar algum benefício ao paciente, alguns podem causar-lhe dano, inclusive intencionalmente: a iatrogenia.

As palavras portuguesas iatrogenia, iatrogênese, iatrogênico(a) ou iatrógeno(a) derivam das expressões gregas *iatros* = terapêutica, tratamento médico e *gênese* = origem. Referem-se a qualquer malefício causado a um paciente durante um ato médico diagnóstico, terapêutico ou com qualquer outro objetivo legítimo e tecnicamente justificado. A rigor, a iatrogenia é um malefício determinado por um tratamento médico. Inclui os efeitos secundários e as interações indesejadas dos medicamentos. O agente pode ser o médico ou outro profissional (enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, desde que atuando em uma atividade médica). A ia-

trogenia guarda alguma relação com o erro profissional na saúde (dano causado pelo profissional ao paciente no desempenho de sua função por imperícia, imprudência ou negligência). À medida que este dano será inatrogênico. Ainda que nem toda iatrogenia se caracterize como erro profissional. A condição iatrogênica só se confund e com o erro profissional se resultar de imperícia, negligência ou imprudência e se puder ser atribuída, sem qualquer dúvida, a um procedimento profissional.

Outro elemento essencial do conceito de iatrogenia é a relação de causa e efeito que se pode estabelecer entre o dano iatrogênico e a realização de um tratamento médico. O ato médico, como sucede a todo ato profissional, está caracterizado por quatro elementos conceituais: a profissionalidade, exercida como procedimento profissional; a execução típica daquela atividade, realizada de acordo com o estado atual da arte, respeitadas as limitações da realidade quando de sua realização; ter como objetivo o diagnóstico de uma enfermidade ou o tratamento de um enfermo; e, por último, a licitude ou legalidade, isto é, obedecer às normas legais pertinentes àquele procedimento.

Como se vê, a iatrogenia pode ser uma condição necessária, desejada e praticada intencionalmente. Como sucede quando o médico amputa um membro necrosado, ocasionando um dano para evitar dano maior. Praticamente toda conduta médica implica em risco de dano, risco que pode se realizar, mas que se justifica por ter sido realizado para evitar outro maior. Não por acaso os gregos antigos chamavam os remédios de *pharmacon*, palavra que queria dizer simultaneamente veneno e medicamento. Pois a diferença entre estes dois conceitos é, muito frequentemente, uma questão de dose, da oportunidade de administração ou das características da pessoa medicada.

Para Albújarvol [4], as formas de dano iatrogênico variam em sua eventualidade e circunstâncias. Este autor também relata que,

---

4 Albújarvol P. Revista Diagnóstico, 43 nº 5, out-nov 2004. Consultada no sítio http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/oct-dic04/229-232.html

para Pérez Tamayo, considerando-se com rigor, a iatrogenia pode ser classificada em dois grandes tipos: a positiva e a negativa. Na chamada iatrogenia positiva, condição que muitos não consideram como iatrogenia por falta de dano ou prejuízo para o paciente, as alterações danosas induzidas ao estado do paciente podem ser tão pequenas que pareçam imperceptíveis ou quase imperceptíveis. Por isto, praticamente inócuas ou, até, vantajosas. Como sucede, por exempo, quando um médico prescreve um antidepressivo tricíclico em baixa dose para combater um quadro de dor lombar e, involuntariamente, cura o paciente de ejaculação prematura da qual não havia tido conhecimento; ou quando se inocula malária para curar um quadro de sífilis resistente à terapêutica antibiótica convencional.

Na iatrogenia classificada como negativa, o estado do paciente sofre algum dano físico, mental ou social de alguma gravidade devido à ação médica ou outro procedimento profissional que tenha sido indicado ou realizado sob responsabilidade médica. O paciente perde ou tem prejudicada alguma parte do corpo ou alguma função como resultado de um tratamento médico. Mesmo que o agente da inação, ação ou omissão danosa não tenha sido um médico.

A iatrogenia negativa pode ser de dois tipos: necessária ou desnecessária.

A iatrogenia negativa necessária acontece como resultado de um risco de dano conhecido e previsível do procedimento médico. Toda cirurgia é, em última análise, uma mutilação controlada do corpo e, ao menos em princípio, a administração de qualquer medicamento implica em alguma intoxicação no organismo do paciente. Toda terapêutica é potencialmente danosa em algum grau, a diferença entre um *fármakon* = remédio e um *fármakon* = veneno pode ser apenas a dose e a oportunidade do emprego. Porque não existe remédio inócuo. Nestes casos de iatrogenia deliberada, espera-se que o médico tenha ponderado isto e discutido esta possibilidade com o paciente, que tenha incluído em

seu diálogo com ele a possibilidade daquele dano na avaliação da relação custo-benefício do procedimento.

> *Para os antigos, a principal diferença entre remédio e veneno era a dose e a oportunidade de sua administração. O que é cada vez mais verdadeiro na atualidade.*

Na iatrogenia negativa desnecessária o ato médico produz algum dano que não deveria ocorrer. A iatrogenia negativa desnecessária pode decorrer de um erro profissional ou de um acidente na realização do procedimento. Além do dano acidental, o desobedecimento das normas da *lex artis ad hoc* parece ser outra causa comum. Seguem-se os erros por conduta culposa (negligência, imprudência ou imperícia), conduta infratora que se diferencia da dolosa porque, nesta, o dano é provocado deliberadamente, o agente tem a intenção de provocar o dano que provoca.

> *Os erros profissionais podem ser sancionados negativamente pela Justiça penal, civil ou administrativa (que inclui os julgamentos éticos), porque se identifica com a noção jurídica de culpa. Os erros profissionais, inclusive a iatrogenia e os erros profissionais de médico, são infrações penais culposas apenas quando resultam de imprudência, imperícia e negligência.*

A iatrogenia negativa desnecessária é, verdadeiramente, uma condição que todas as opiniões convergem em considerar como uma verdadeira iatrogenia, a condição iatrogênica propriamente dita. Mas também há quem use a expressão verbal iatrogenia, com sentido exageradamente amplo, a todos os danos causados ao paciente pelo tratamento médico. Concepção que também se denomina falsa iatrogenia (pelos puristas).

Também se pode considerar a existência de uma iatrogenia institucional (que confunde a instituição com o estabelecimento instituído), quando o dano é causado por defeito estrutural ou funcional do estabelecimento de saúde onde se processou o ato médico iatrogênico. A má qualidade das instalações e equipamentos fornece o exemplo mais óbvio. Mas inclui também a ocorrência de

condições de trabalho nos hospitais (o que pode incluir a seleção errada ou a preparação inadequada dos recursos humanos), fato que costuma causar muitas ocorrências iatrogênicas de todos os tipos, casos em que, lastimavelmente, os médicos podem ser responsabilizados injustamente.

Não é só o médico que pode ser o agente de uma ocorrência iatrogênica. A iatrogenia pode ser uma fatalidade inevitável, apesar de previsível, quer tenha sido praticada pelo médico, por outro agente da equipe de saúde ou por defeito do equipamento ou do estabelecimento sanitário. Mas, sempre que possível, deve ser evitado. Ou pode resultar de um dano deliberado. O princípio do mal menor.

## Conceitos políticos fundamentais

O exercício de uma profissão e qualquer forma de atividade laboral é sempre uma atividade jurídica, econômica e política. Além disso, se realiza em um lugar e em uma cultura. Quando se pensa na medicina como atividade individual, deve-se ressaltar a dimensão ética. Mas quando se trata da medicina como instituição, os aspectos jurídicos e principalmente políticos devem se impor aos demais. Mesmo que não se reconheça na medicina uma atividade política. Existe sempre alguma influência política nela. Tanto no condicionamento de sua atividade como em suas consequências.

Quando se analisa a relação entre dois membros de um par, verifica-se que a forma, a intensidade e a qualidade da relação entre ambos pode variar muito e que ambos possam ter que assumir, sucessiva ou simultaneamente, papéis diferentes uns dos outros: parentes, sócios, cidadãos, patrão e empregado, por exemplo. Aqui, se tratará do médico como cidadão e como contribuinte, como eleitor. Para entender esta questão é essencial que se conheça os conceitos de nação, Estado e governo, pois estas noções parecem indispensáveis para quem pretende entender a medici-

na como instituição e o médico como agente institucional. Portanto, estes conceitos devem ser devidamente elucidados porque nem todos têm clara a sua significação e possibilidades comunicativas. São conceitos das ciências sociais e humanas que existem como fatos políticos, como produtos da ação humana.

Os fatos políticos não emergem da natureza nem existem por si mesmos. Nem, muito menos, aparecem espontaneamente no mundo. Nunca. São sempre feitos por alguém com algum propósito; são construções sociais edificadas por humanos para atender algum interesse. Têm sempre objetivos e motivos mais ou menos definidos e obedecem a um projeto jurídico e político real, ainda que inconfessado ou negado. Os fatos políticos são sempre apresentados como se fossem baseados sobre princípios altruístas e métodos científicos, mesmo que não sejam. Ainda que tenham sido deliberadamente concebidos para beneficiar a alguém, a qualquer custo. Ainda que ao custo de prejudicar os demais; em geral, os mesmos que pagam por sua execução. A quantos prejudica, não importa.

> *Olhe-se ao derredor, veja-se o custo das decisões políticas mais evidentes. Principalmente, que o preço tenha que ser pago pelos outros que não tiveram qualquer participação naquela decisão, nem lhes vão colher os frutos. Cabe-lhes só pagar a conta. O desapego à verdade é a matriz de muitas condutas antissociais. Enorme praga que assola a sociedade brasileira é a vulgarização da mentira como forma de resolver problemas sociais e políticos. Ao instituir a mentira como normal, principalmente nas relações políticas, planta-se o império da corrupção.*

## Poder político

O poder político constitui o núcleo essencial de todos os fenômenos e processos que podem ser adjetivados como *políticos*. Mas a política não pode se resumir às relações, atos e atividades de poder. Os processos políticos devem apresentar uma dimensão participativa e outra controladora dos agentes políticos. Este é o

fenômeno sociopolítico primário e mais importante, o poder político, pois tudo o que é político pode ser resumido nas diversas manifestações e implicações da disputa e do exercício do poder social. As ideias de participação no poder político e controle social pelo poder são corolários da noção principal de poder, porque só existem por causa dele.

## Participação

A participação no poder é a dimensão centrípeta do poder, poder centrípeto, expressão do poder que vai da periferia do sistema político para o centro dirigente. Quanto maior é a participação, mais democrático é o poder.

## Controle social

O controle social pelo poder é a dimensão centrífuga do poder ou poder centrífugo, originado no centro e voltado para os componentes do sistema sociopolítico, sua periferia. Controle da sociedade pelo poder e não controle do poder pela sociedade, como pensam muitos desavisados e pouco instruídos.

> *Os abusos muito comuns dos petistas com relação ao significado de controle social, confundindo-o com a participação, parece ser fruto de sua crença no caráter soberano de suas deliberações.*

## Nação

Em sociologia política, a nação é a entidade coletiva de caráter histórico-sociocultural formada por uma população ligada por laços culturais, que geralmente acredita compartilhar as mesmas origem e identidade étnica, pois cultiva valores culturais idênticos. Sobretudo. A mesma língua, costumes, normas culturais mais importantes e tradições históricas, valores artísticos e aspirações coletivas. Os membros de uma nação, os nacionais, reconhecem-

se e são assim reconhecidos pelos outros (principalmente seus congêneres co-nacionais). Neste sentido estrito, a nacionalidade é uma abstração que se manifesta apenas na identidade cultural dos nacionais, que pode ser caracterizada unicamente pelo reconhecimento mútuo. Isto é, a pessoa se sente com aquela nacionalidade e assim é reconhecida por seus congêneres.

> *Há quem confunda a nacionalidade com a cidadania, o que acontece muito, mas isto é um erro, como se verá adiante.*

A relativa homogeneidade histórico-cultural de seus componentes individuais e coletivos é o elemento essencial da noção de nacionalidade. Uma nação se constitui mais ou menos espontaneamente e pode apresentar numerosos graus de organização. Não é um ente jurídico ou político, como o Estado, embora seja comum que se confunda o estatal com o que é nacional. O grau de organização de uma nação parece depender do nível de desenvolvimento e consciência política de seus nacionais. Uma nação não pode ser hierarquizada, nem ter funcionários ou dirigentes. Muito menos chefes ou coisa que o valha. O Estado e o governo, sim. A nação, não.

## Povo

A noção de povo tem muitos sentidos, mas nenhum deles tem referência econômica, histórica ou cultural; indica unicamente uma totalidade coletiva que pode ser numerosa e de muitas origens nacionais: povo brasileiro, povo latino-americano, povo de Deus, povo pobre; ou restrita: povo da minha rua, povo da minha família. Tampouco se confunde com pátria, expressão com significado idêntico ao de Estado, mesmo que não se trate de um Estado nacional. Mesmo nos Estados polinacionais o patriotismo se refere à vinculação do cidadão com o Estado, e não do nacional com a nação. Da mesma maneira, a noção de nacionalismo pode significar anti-imperialismo ou racismo.

## Estado

Estado é a organização jurídica e política de um povo, que pode ser formado por uma ou mais nacionalidades, mas que ocupa um território definido. O povo, o território e a economia constituem a infraestrutura que apoia a superestrutura jurídica e política. Existe como construção intencional de estruturas jurídicas e políticas autônomas, capaz de exercer soberania sobre seu povo, seu território e a formação socioeconômica nele existente. A ideia de Estado completa-se dialeticamente na de cidadania. Só incide indiretamente na de nacionalidade.

Diz-se que um Estado é nacional ou uninacional quando composto, total ou hegemonicamente, por cidadãos de uma só nacionalidade. O Estado polinacional é composto por cidadãos de diversas nacionalidades, como acontece com a China e a Rússia. Além dessas, também pode haver nações sem Estado, como a nação dos curdos (que vivem na Turquia e no Iraque), dos ciganos, dos xavantes, dos bororos e dos esquimós. Os judeus experimentaram esta situação por muitos séculos. Os galegos, os bascos e os catalãos também. Os armênios só recentemente conquistaram a possibilidade de organizar seu poder estatal.

A natureza essencialmente jurídica e política do Estado faz com que ele responda pela garantia dos direitos e deveres de seus cidadãos (quando democrático) ou dos seus súditos (quando autocrático) e de todos os estrangeiros que estejam legalmente em seu território. O que se concretiza por meio do poder estatal criado para atender seus propósitos, principalmente sua ordem econômica e, secundariamente, a ordem político-social decorrente. A estrutura do poder estatal, sua ordem econômica e política, é definida em sua constituição e detalhada na legislação complementar.

Em resumo: o Estado deve ser o ente social jurídico e político que consagra, legitima, garante e mantém um tipo de relação socioeconômica que o caracteriza e condiciona sua ordem política e social. Importa assinalar a hierarquia existente entre estes três ní-

veis da estrutura estatal: o nível econômico, que predefine o nível político e este, o nível social. Mudanças na ordem econômica se refletem mais ou menos imediatamente na ordem político-social, enquanto as mudanças, mesmo radicais, na ordem social não influem necessariamente na ordem econômica. Quando o fazem, é de forma mais lenta e parcial – como se pode verificar em muitíssimos exemplos reais, aqui e alhures. Importa destacar a prevalência da ordem econômica do Estado sobre as demais.

Desde Hegel acredita-se que o Estado deveria ser o poder regulador da organização e do funcionamento da sociedade política, na qual exerceria a soberania, o poder de legislar, a justiça, a gestão do poder político e o monopólio da violência em um sistema sociopolítico com território e população definidos. Para realizar esta função deve dispor dos meios que lhe permitam exercer o poder de contrabalançar os interesses dos diversos grupos sociais em função dos interesses de todos. Assim, deveria promover a distribuição ou a redistribuição equitativa do produto da atividade de todos os seus membros.

A Constituição do Brasil proclama o cuidado com a saúde como dever do Estado e direito do cidadão brasileiro. Dever do Estado em seus três níveis de funcionamento: municipal, estadual e federal. Donde se pode depreender que os cuidados com a saúde (e não apenas a assistência médica) são tarefas tipicamente estatais, qualidade expressamente assentada no mandamento constitucional.

> *Apesar das muitas ginásticas que os desgovernos que assolam o país têm feito para sonegar mais este direito da cidadania. Situação que deve ser confrontada por toda opinião política progressista. Houvesse verdadeira representação política no país e os parlamentares fossem, de fato, representantes do povo, estas coisas não ocorreriam.*

## O Estado democrático

Esse Estado acima delineado pode ser chamado de democrático porque assegura o primado da democracia e cada uma das ordens

em que está organizado, ainda que as condições democratizantes possam variar de caso a caso nas diferentes formas do Estado de direito. Pois a democracia não pode nem deve ser absolutizada, nem reduzida exclusivamente aos seus aspectos formais, como se a livre organização partidária e a realização periódica de eleições decentes caracterizassem o ideal democrático. Contudo, deve-se saber que a democracia não pode se limitar a estas formalidades.

A noção de democracia se aplica às formas de realização do poder estatal, como as eleições e outras maneiras de participação, e aos elementos de seu conteúdo, representados pelos direitos políticos e as garantias individuais e coletivas. Mas a noção de democracia também se aplica às relações sociais não estritamente políticas, como as econômicas e culturais.

No plano econômico, a democracia se caracteriza pela liberdade da capacidade de produzir e enriquecer. E pela impossibilidade de abusar dos mais fracos e mais necessitados. Pela justa remuneração do trabalho e dos investimentos, mas sem privilégios de qualquer tipo. Pela compensação de injustiças históricas, mas sem humilhar os injustiçados com a política de cotas. Pelo uso equânime dos mecanismos arrecadadores, sem privilegiar os já privilegiados pela fortuna.

No plano cultural, a democracia se caracteriza pela distribuição de oportunidades de forma a beneficiar todos os componentes da sociedade, respeitando os interesses das minorias, mesmo as representadas por um único cidadão. A democracia cultural inclui a participação de todos na produção cultural, inclusive na cultura material, na mesma medida em que também se refere à participação justa no resultado do trabalho comum e no desfrute do patrimônio de todos.

## Funções do Estado

Aqui se coloca a questão de identificar quais ocupações seriam típicas do Estado. A primeira coisa a ser definida é que os Estados

não são, nem devem ser, todos iguais. Mesmo em sua forma de organização e funcionalidade.

Nas democracias, ao menos em tese, cada povo constrói o Estado que deseja construir e lhe atribui os objetivos e as funções que deseja. Constrói o Estado de que necessita e que tem possibilidade de construir. Em cada caso, é necessário decidir se o Estado existirá em benefício dos banqueiros, dos trabalhadores ou de ambos. No entanto, caso se pretenda orientar os propósitos e as funções do Estado para as duas últimas alternativas, haverá a necessidade de tomar medidas para excluir os detentores do poder econômico (e, talvez, do poder burocrático estatal e do poder ideológico) da possibilidade concreta de acumular o poder político. Se puderem, os detentores do poder econômico (do poder burocrático e do poder ideológico) monopolizarão o poder político. Como o monopolizam de fato, sob o nome de fantasia de "mercado".

Se depender dos banqueiros, o Estado se dedicará exclusivamente à benemérita tarefa de prover seu bem-estar (lá deles), mantendo os juros bem altos. Do restante, eles próprios cuidarão. Eficazmente. Quando se trata do bem-estar do povo, a coisa fica diferente. Para o povo, bem-estar se confunde com saúde e com a satisfação de suas outras necessidades individuais e sociais.

A segunda coisa a ser definida é que o nome do Estado pode significar exatamente o oposto daquilo que ele é. Por exemplo, Estados chamados "democráticos" podem não ter democracia nenhuma. Só por ser oficialmente chamado de "república" não significa que o Estado seja republicano. Um Estado pode ser denominado como "federação" e, na verdade, ser unitário, como o Brasil. Analogamente, nem sempre as funções instituídas na Constituição de um Estado são aquelas que nele, de fato, se pratica.

A primeira função de todos os Estados consiste em manter a soberania, a integridade territorial, a ordem interna e a gestão do poder público. A segurança e a ordem, em última análise. Como detalhes destas duas funções mais essenciais, seguem-se as funções,

também essenciais, de administrar a moeda e o crédito; gerenciar a despesa e a arrecadação; gerir e disciplinar a economia, além de prover a segurança e o desenvolvimento socioeconômico de seu povo. A noção estatal de segurança inclui a segurança externa e interna, individual e coletiva, a seguridade social e a segurança política (promoção da liberdade e participação social na escolha dos agentes políticos e na definição das políticas públicas).

Com exceção de alguns neoliberais radicais, todos concordam que cabe ao Estado administrar justiça. Em geral, concorda-se que o Estado seja promotor de civilização. Civilização não apenas como sociedade baseada na razão e na justiça, garantidora da harmonia e do desenvolvimento social e tecnológico, mas como moderadora dos interesses contraditórios no seu interior, protegendo os mais fracos contra os mais fortes e compensando as desigualdades.

Cabe ao Estado organizar a administração pública e as funções do governo, embora representem instâncias diferentes de poder. Devendo-se frisar que os componentes do funcionalismo público são agentes estatais, empregados do Estado. Não são empregados do governo. Nem, muito menos, dos governantes. Empregados do governo são os que desempenham cargos ou funções de confiança, como os ministros, por exemplo.

A seguir, coloca-se a controvertida questão do bem-estar como função do poder estatal. A questão do Estado como macroagência de bem-estar se divide em três vertentes, representadas por três diferentes qualidades de Estado, social, liberal ou misto:

- o Estado social ou socialista se organiza tendo como função essencial, junto com as acima mencionadas, prover o mínimo de bem-estar para todos os seus cidadãos;

- o Estado liberal tem o bem-estar individual como bem e interesse exclusivamente individual, cabendo seu provimento a cada cidadão, à medida de suas possibilidades; e

- o Estado misto reúne elementos intermediários entre os dois anteriores e pretende, como obrigação estatal, unicamente o dever de prover bem-estar para os cidadãos carentes, muito necessitados.

Da avaliação mesmo superficial dessas estruturas político-ideológicas já se pode inferir que os socialistas defendem os interesses dos trabalhadores sem ou com pouco dinheiro; que os liberais (sobretudo os neoliberais) defendem os interesses dos capitalistas (e não apenas dos ricos), e que o terceiro grupo tenta se equilibrar entre os dois conjuntos de interesse em conflito acima citados. O que raramente acontece, a não ser nos Estados formados por populações instruídas e civilizadas.

Para os socialistas de todos os matizes incumbe ao Estado o dever de prover o bem-estar da população, envolvendo diversos aspectos, como atender às necessidade individuais e sociais, incluindo a missão de dirigir o processo social de superação da barbárie pela construção de um processo civilizatório. Enfim, os socialistas sustentam a necessidade de um Estado de bem-estar social e de segurança para o conjunto da população. Os liberais pretendem um Estado de segurança para o capital (por mais aventureiro e especulador seja) e de bem-estar para quem tem dinheiro.

Como se pode verificar, existem radicais divergências no que respeita a identidade que um Estado deve assumir, a quem deve servir e a que interesses sociais deve proteger. A primeira questão que salta aos olhos nesta matéria é a seguinte: para que o Estado foi edificado? Porque ele não surgiu espontaneamente do nada, foi (e continua sendo) uma construção intencional. Em termos, ninguém discorda que foi criado para assegurar a segurança individual e coletiva em seu território (ainda que na prática esta concordância não se mostre tão concordante, ao contrário). Quando se trata da promoção do bem-estar, as convergências são menos numerosas, como já se vislumbrou. Em primeiro lugar, porque esta terá sido atribuição original sua. Foi invenção mais tardia e ainda não é universal. Deve promover o bem-estar, no sentido da

satisfação das necessidades? Quais necessidades e que grau e extensão de bem-estar? Para quê e por quê? E, sobretudo, de quem? De todos, da maioria ou de alguns? De quais? Pode-se indagar.

No que respeita à saúde como expressão de bem-estar, também essa polêmica se manifesta. No entanto, no Brasil, não deveria haver dúvida nesta matéria. A Constituição afirma o cuidado com a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bem como que o cuidado estatal com a saúde é representado pelo Sistema Único de Saúde, que deveria ser grafado assim: Sistema ÚNICO de Saúde.

> *Com o adjetivo único em maiúsculas e talvez em negrito para chamar mais a atenção, quem sabe não propiciaria tanta velhacaria.*

Destarte, a questão pode parecer resolvida para quem não conheça o caráter surrealista da política brasileira, de seus poucos partidos e de suas muitas agremiações eleitorais sem identidade partidária (Aqui, o partido dito liberal cultiva empregos públicos, enquanto o dos trabalhadores busca diminuí-los, se for impossível sua supressão, enquanto privilegia o patronato, especialmente os banqueiros em detrimento dos trabalhadores). A natureza do Estado determinará quais seriam as tais carreiras típicas de Estado de que se fala.

Caso se atribua ao Estado a tarefa de administrar justiça, o Poder Judiciário há de ser uma delas. O mesmo para a segurança externa e interna, para a arrecadação de impostos. Se o bem-estar for dever do Estado, como reza a Constituição ainda em vigor, as atividades de saúde, educação e promoção social também hão de ser.

Ainda que, para os banqueiros, as carreiras típicas do Estado devam, no máximo, ser as da justiça, da diplomacia e da repressão. Este seria o Estado de seus sonhos. Tudo o mais poderia ser provido por eles mesmos. Sobretudo, terceirizado (principalmente, os do Banco Central). Para os políticos que defendem os interesses do povo, no entanto, serão necessárias mais carreiras no quadro

de pessoal do Estado. Coisas como educação, saúde, cultura, promoção social, entre outras, não devem ser descuradas caso se obedeça à determinação constitucional.

Ninguém ainda perguntou ao povo brasileiro que tipo de Estado ele pretende erigir para si como produto de suas necessidades, possibilidades e opiniões acerca das formas de convivência que ali devem ser cultivadas (e as que devem ser banidas). Como em outras ocasiões, o modelo foi importado pronto. E, pode-se indagar, o bem-estar social está inserido nele? Caso esteja, não há saída. Precisa haver profissionais de saúde nele. Como seria possível fazer cuidado com a saúde sem médicos? Dividir o terreno da medicina por uma dúzia de profissionais não médicos talvez pudesse ser uma boa solução? No entanto, pode-se supor que só alguém muito tolo (e que não necessitasse tais serviços) responderia afirmativamente.

## O governo

O governo existe como o braço operativo do Estado; incumbe-lhe realizar as missões estatais. Atribuições definidas no seu pacto político. É a organização burocrático-administrativa incumbida de gerir o aparato do Estado, devendo ter prazo limitado para atuar (enquanto o Estado dura indefinidamente).

O governo se compõe de funcionários (eleitos ou não) incumbidos de administrar o poder do Estado em busca de seus objetivos. Enquanto a nação tem caráter sociocultural e histórico, o Estado é uma macroinstituição jurídico-política. O governo é uma organização administrativa que serve para dispor e empregar os meios para atingir as finalidades estatais, nos campos executivo, legislativo e judiciário.

Como se pode verificar, o governo não deve ser confundido com o Estado; são fenômenos sociais diversos. Nem se deve confundir o Estado ou o governo com a sociedade ou a nação (como todos os autocratas desejam).

A contrapartida individual ao governo são os contribuintes; tal como a contrapartida individual da nação são os nacionais; e do Estado, os cidadãos, os eleitores.

## As carreiras típicas de Estado

Nestes tempos de neoliberalismo globalizado, que é o cognome do Estado plutocrático (pois plutocracia é o poder dos ricos), fala-se em carreiras típicas de Estado para indicar atividades laborais que deveriam ser exercidas por funcionários do Estado idealizado (a diplomacia, as Forças Armadas e a polícia, a Justiça, o aparelho arrecadador). Tudo o mais deveria ser privatizado, usado para produzir lucros para seus proprietários privados. Acrescentando-se (ou deixando-se inferir) que as outras ocupações não devem ser funções públicas, nem exercidas por funcionários estatais. Devem ser terceirizadas ou desempenhadas por empregados sem o estatuto de funcionários públicos, empregados privados do governo.

Esta tendência, marca do Estado neoliberalista, está sendo sustentada por agentes do atual governo brasileiro e dos governos passados com raras exceções – como o governo presidido por Itamar Franco (cada um com trajetória histórica e propostas políticas muito diversas, apesar da identidade de ação). Nota-se, implícita, a pretensão de excluir algumas atividades laborais do serviço público. Inclusive a maioria dos profissionais de saúde. Como se estes não pudessem ou não devessem integrar o serviço público. Como se as atividades do bem-estar individual ou coletivo não devessem ser realizadas por funcionários estatais. Devendo ser praticadas como atividade privada no mercado dos negócios comerciais.

> *É curioso que os mesmos políticos que destinam verbas vultosas para assegurar a segurança social (e financeira) dos banqueiros não tenham qualquer preocupação com a segurança social dos pobres e dos membros da classe média.*

Contudo, o pior é que tal inferência implica na crença cavilosa de que este é o único modelo de Estado. Como pode haver diversos tipos de Estado, é necessário explicitar de que tipo se trata. Porque o Estado não é coisa natural, não se forma nem se conforma espontaneamente. É construção deliberada. Pode assumir diversas formas.

A menção a um modelo único de Estado, uniforme, homogêneo e unimodal, como se fossem todos iguais, é sempre fantasia política ingênua ou estratagema de estelionato político-social. Uma ideologia a serviço de quem se aproveita dela. Ainda que minoria insignificante, mas economicamente poderosa. Não somente capaz de gerar uma ideologia potente e convincente, mas com poder de corrupção e, por isto, de influência.

Na prática política atual, tal comportamento costuma ser motivado pelo desejo de privatizar os bens públicos e beneficiar a poucos privilegiados (Mas é muito difícil acreditar que alguém aja assim a troco de nada. Apenas por fidelidade aos seus princípios). Ainda que ao custo de prejudicar os trabalhadores e a sociedade em geral para servir aos interesses de grupos econômicos que ordenham os serviços públicos que deveriam ser estatais, mas lhes são concedidos. Especialmente do capital financeiro (essencialmente especulador). Interesses que mobilizam seus recursos e possibilidades de influir para colocar o Estado a seu serviço.

Para atingir sua finalidade, tais crenças ideologizadas são apresentadas como se refletissem coisa natural; como se a sociedade devesse ser assim. Naturalmente. Como se não pudesse ser de outra forma. Como se o capital devesse se impor ao trabalho; e como se o capital especulativo devesse se impor ao produtivo. Como se isto emergisse espontaneamente da natureza, não fosse elaborado socioculturalmente e executado voluntariamente, com estratégias e propósitos definidos para beneficiar alguém. Proposições cavilosas que configuram mentiras. Ou melhor, muitas mentiras. Como as mentiras que sustentaram a imoralidade que foi o processo de privatização das empresas públicas a pretexto de que

reverteria em benefício do povo... Mentira. Mentira desmentida pelo dispositivo constitucional que faz a saúde dever do Estado e, com isto, promove as tarefas estatais às atividades laborais de cuidado com a saúde. O mesmo se pode dizer com os cuidados com a educação da infância e da juventude.

## O Estado e a saúde

As instituições sanitárias se situam no âmbito da superestrutura social do Estado moderno, mesmo naqueles cuja estrutura seja claramente liberalista. Suas formas e qualidades dependem da infraestrutura econômica ali vigente. Isto ocorre porque a ordem econômica (que constitui a infraestrutura de um Estado) configura e modela todas as outras instituições existentes em seu interior, principalmente as instituições sociais. O entendimento deste fato é condição essencial para entender as relações entre o Estado e a saúde (e a medicina, nela).

De tal forma algum compromisso com a saúde está arraigado no mundo ocidental que, em todos os países, sempre que precisam disputar eleições, criar ou aumentar impostos os governantes alegam três motivos principais: saúde, educação e segurança (para o povo, dizem). A Constituição consagra estas três atividades como direitos implícitos na cidadania e deveres do Estado. No entanto, se a política brasileira não fosse inteiramente surrealista, se os políticos brasileiros não fossem os mais amnésicos (ou mentirosos) do mundo, o Estado privilegiaria a segurança pública, a educação e a saúde como direitos de seus cidadãos. E, para cumprir seu dever, asseguraria a concretização de tais direitos, exatamente como está constituído na Carta Magna. E o caso estaria resolvido. Não obstante, não está.

De fato, tal como consta na Constituição, as profissões de saúde (e não apenas as carreiras com poder de polícia) devem compor o serviço público como atividades típicas dele, porque o cuidado com a saúde é declarado constitucionalmente como um dos deveres do Estado. E uma garantia constitucional como esta não

deveria ser resolvida na base da barganha política, do tome lá dê cá. Deve auscultar os anseios nacionais e decidir o melhor para a maioria da população. Mas, diferentemente daquilo que seria o ideal, é preciso estar preparado para mais uma proposta de reforma constitucional retirando da Carta Magna este dispositivo. Ou que o governo passe a ignorá-lo solenemente, tornando-o letra morta na prática. O que parece mais fácil e menos desgastante para os governantes. E mais comum.

Acontece que o mundo mudou bastante desde que a atual Constituição brasileira foi elaborada. E como ela é muito casuísta e contraditória, logo foi superada. O desaparecimento dos Estados socialistas ocidentais resultou em grande retrocesso político-social. A nova situação promoveu mudança radical no precário equilíbrio existente entre o trabalho e o capital. O Estado brasileiro está mudando de fato, sem mudar sua estrutura jurídica global. Muda à prestação ou informalmente. Os direitos sociais, conquistados em mais de um século de luta política, estão sendo sorvidos pelos agentes do capital. O direito à saúde é um deles. E ao trabalho. Tanto o direito de desfrutar cuidados de saúde quanto sua implicação, o direito de haver trabalhadores de saúde.

No entanto, a sociedade precisa de algum trabalho deste tipo. Até o capitalismo mais selvagem precisa dele. Ao menos, como defesa de seu patrimônio, representado pela força de trabalho. Neste momento, propõe-se uma profissão nova. O sanitarismo aparece como proposta para ajustar a questão da saúde com o modelo liberalista de Estado. Mataria diversos coelhos com uma só cajadada. Unificaria todas as tarefas profissionais de saúde em uma só carreira, que seria remunerada com bolsas, em vez de salários, para escamotear os direitos trabalhistas (como faz no Programa Saúde da Família). Poderia estabelecer nível superior para os agentes de saúde. E poderia fingir que atende mais gente, com menos custo.

A instituição do sanitarismo como profissão autônoma mostra-se equivocada, pelo menos três vezes: 1. porque parte de uma pers-

pectiva míope e insuficiente, o sanitarismo não pode responder sequer às necessidades da saúde pública, quanto mais da saúde em geral; 2. porque no afã de criar uma carreira sanitária palatável aos liberalistas como típica do Estado, funde mais ou menos irracionalmente atividades muito heterogêneas, tanto como atividades cognitivas quanto como práticas profissionais; 3. se aliena, técnica e profissionalmente, das atividades laborais nas quais o sanitarismo foi gerado, criando desnecessário confronto com elas.

Caso este governo pretenda mesmo priorizar sua agenda social (e se isto não for mais um engodo eleitoral), deve dedicar mais recursos ao desenvolvimento social. O que inclui, necessariamente, a saúde. Não só os médicos, mas todos os profissionais de saúde. Porque se a saúde não pode ser feita sem médicos, também não pode ser feita só por eles.

# 2. O médico, agente da medicina

*"Ser médico não é simplesmente descobrir sintomas e indicar terapêutica: é impor-se à confiança do doente, despertar a sua fé. Sem confiança, sem fé, não há a verdadeira medicina"*

Pereira Barreto

*"O médico ignorante é serviçal da morte"*

Avicena

## Origem da medicina e o surgimento dos médicos

Ainda que não fossem chamados desta maneira, os médicos teriam surgido antes que sua tarefa fosse batizada como medicina. A partir do conhecimento da evolução histórica, as inferências mais remotas mostram que os médicos não surgiram na sociedade com as mesmas características atuais. Sua emergência dentre o universo dos xamãs, pajés, feiticeiros, sacerdotes e curandeiros resultou de longo desenvolvimento técnico e social, todo ele assinalado, mesmo enquanto vigorou a crença no caráter sobrenatural das enfermidades, por dois traços constantes: a disponibilidade do médico para servir a quem dele necessitasse e a confiança do paciente naquilo que o feiticeiro (e, depois, o sacerdote) representava. Um elo entre o mundo material e as esferas espirituais.

Não obstante as muitas transformações havidas, estas exigências persistiram no novo momento do exercício da arte de curar. Depois da crença nos agentes sobrenaturais, superados pelo avanço da ciência, surgiram os médicos leigos que vêm desenvolvendo progressiva e incessantemente a maior eficácia e segurança de seu trabalho para justificar a confiança neles depositada. A ampliação da eficácia e da segurança do trabalho médico aumentaram muito a confiança que passou a inspirar. Mas não suprimiram as antigas exigências que haviam surgido em plena pré-história da sociedade humana. Exigências que, no início, foram assumidas pelas religiões, desde o paganismo, e posteriormente atribuídas

ao Estado. Mas os médicos continuam vinculados a elas na consciência social.

A tarefa de curar as pessoas enfermas se deslocou do campo sobrenatural para o natural e este fato implicou em novas exigências. É verdade que o ritmo dessa evolução técnica (e da mudança destes agentes sociais da terapêutica) dependia muito das condições socioeconômicas e culturais, principalmente da importância que a sociedade lhe atribui. Mas o teor de confiança que recebem depende, essencialmente, de seu comportamento profissional. Pois, ao longo da história, a necessidade de cuidado dos enfermos sempre preponderou sobre a possibilidade dos médicos em tratá-los com eficácia. Naquela ocasião, também ficou bastante claro haver uma distância importante entre as possibilidades técnico-científicas dos médicos e o resultado que obtinham no tratamento de seus doentes. Tais resultados passaram a decorrer do conhecimento da natureza e do funcionamento do organismo humano.

A anatomia precedeu a fisiologia, que precedeu a fisiopatologia, que precedeu as terapêuticas. Esta foi a ordem natural com a qual se edificou o conhecimento médico e as intervenções profissionais dos médicos sobre os doentes. Outra inferência identificada no estudo do surgimento e da evolução do trabalho médico é a que decorre diretamente da necessidade de identificar a natureza essencial da interação dos médicos com seus pacientes. À medida que se deslindou o caráter especial da relação dos pacientes com seus médicos, surgiu a ideia de que aquela interação poderia ter algum efeito curativo.

*O médico é o melhor remédio*, disse-se por longo tempo. Hipótese que, uma vez confirmada, poderia explicar porque medidas terapêuticas inteiramente inócuas (ou, mesmo, perniciosas) resultavam em melhora dos pacientes. A influência da relação médico-paciente era e é a única explicação para aqueles resultados. Mas a descoberta deste efeito, que passou a ser chamado placebo, obrigou a que os procedimentos de intervenção terapêutica devessem ter comprovadamente mais eficácia que o placebo.

Identificação que obriga a responder pelo menos a quatro perguntas essenciais:

1. A medicina será uma atividade predominante ou exclusivamente técnica, regida pelo conhecimento científico e presidida pelas normas técnicas?

2. O trabalho médico será uma atividade comercial comum de produção e prestação de serviços médicos a serem consumidos, trata-se de um serviço negociado no mercado, um negócio essencialmente mercantil processado sob a égide da legislação civil e comercial, notadamente o Código do Consumidor?

3. Ou, alternativamente, será uma interação inter-humana especial, predominantemente de ajuda e proteção de alguém necessitado e, por isto, essencialmente ética, que deve ser mediada essencialmente pelos valores morais e civilizatórios, pelos instrumentos axiológicos e pelos direitos humanos?

Aqui se opta pela terceira possibilidade de resposta a esta questão, pois traduz melhor a realidade do labor profissional em qualquer profissão, mas, especialmente, do trabalho médico. Entretanto, há uma quarta pergunta que aparece com relativa frequência: a medicina existe como atividade que interessa às pessoas apenas única e individualmente; tem natureza unicamente social, apesar de exercida por indivíduos sobre seres individuais; ou será uma atividade simultaneamente individual e social?

A resposta que se dê a esta última pergunta faz surgir pelo menos mais duas outras questões relativamente comuns e que são formuladas explicitamente ou se conservam subjacentes em numerosas indagações sobre a medicina e seu exercício como profissão: como teria surgido a medicina-profissão e quando teria começado a ser praticada como tal? Teria esta profissão se originado das necessidades clínicas dos doentes ou da conveniência dos médicos?

Como atividade da sociedade organizada em volta dos valores econômicos (o que nas ciências econômicas se convencionou denominar *o mercado*), toda profissão existe para atender às necessidades da clientela e às conveniências dos seus agentes, mas esta última deve ser histórica e socialmente secundária quando se trata da profissão médica. Bastante secundária, diga-se de passagem.

> *Ainda que seja necessário indicar que os plutocratas, especialmente os donos do capital financeiro e especulador, se sentem e se apregoam como proprietários exclusivos do mercado. Sempre que a imprensa faz referência ao tal mercado, é a eles que se está mencionando. E, por vezes, nem todos esses estão sendo mencionados, apenas seus patrocinadores.*

Nas atividades profissionais comuns, exercidas como atividade mercantil de compra e venda de mercadorias ou serviços não médicos, essa motivação lucrativa tida como essencial deve ser dupla, geralmente pendendo para o lado do comerciante ou do produtor do bem ou do serviço, mas interessando a ambos. Porque ambos pretendem ganhar alguma vantagem com o negócio que realizam. Diz-se que a atividade comercial é justa porque a lei da oferta e da procura é suficiente para determinar o equilíbrio entre as duas tendências.

De um lado, a conveniência de quem realiza aquele trabalho – a oferta. Do outro, o interesse do comprador – a procura ou demanda pela mercadoria, seja ela qual for. Esta proposição encerra uma falácia quando as condições financeiras e operacionais forem muito diferentes e quando o Estado, ao menos, não arbitra este relacionamento. Em geral, o interesse de uma das partes (do vendedor ou do comprador) é dominante, ainda que se distinga o interesse do paciente como estratégia de venda. Isso se dá a menos que a oferta do produto ultrapasse a demanda que exista por ele. Ou que se fomente ou se crie a necessidade em jogo para criar ou ampliar mercado comprador (como acontece no comércio das drogas dependenciógenas, por exemplo).

Na medicina, por conta de seu caráter basicamente ético, como retromencionado, os profissionais existem para atender aos interesses dos doentes, devendo se esforçar para não serem mais necessários. O que é uma situação extremamente original (que deixará de existir, caso a medicina se reduza a uma prática comercial comum). Esta é a principal razão pela qual os médicos (e os agentes sociais mais responsáveis) devem recusar radicalmente sua caraterização como atividade predominantemente econômica. Considera-se essencial que o médico priorize os interesses dos pacientes sobre os seus próprios. E até sobre os da sociedade. Essa é a base do fenômeno chamado *fidúcia médica* que fundamenta a relação médico-paciente e assegura ao doente sua confiança no médico. Todo paciente tem o direito se supor que seu médico está a seu serviço. Já houve ocasião de mencionar que, à luz dos conhecimentos históricos existentes, a origem precisa do trabalho médico ainda está por ser conhecida.

A medicina pode (e talvez deva) ter se originado como ajuda solidária do médico com o doente, provavelmente um misto de espírito de luta contra a adversidade e de sentimento de compaixão. Na qualidade de um ato de ajuda compadecida e solidária que uma pessoa sadia presta a outra com a qual se identifica e que estivesse doente ou ferida. Muito provavelmente a medicina, como experiência pessoal humanitária, há de ser bem mais antiga que qualquer outra de suas dimensões (técnico-científica ou sociolaboral), como parece indicar a atitude solidária anotada em outros antropoides mais primitivos.

Nesse terreno costuma-se afirmar, e é verdade, que apesar de se poder definir a medicina como profissão dos médicos, a prática técnica médica, seu exercício como atividade humana genérica de ajuda aos enfermos, parece anterior (e superior) a todas as outras estruturas de motivação que têm sido invocadas para explicar seu aparecimento na humanidade; "... achados menos remotos sugerem já haver assistência aos enfermos atenta, constante e eficaz", escreve J. Dastugue a propósito de uma mulher da época mesolítica, vítima de acidente: "Não obstante uma paralisia quase total

devida a múltiplas fraturas, conseguiu sobreviver durante muito tempo. Pressente-se já aqui a intervenção de um grupo familiar"[5]. Presunção ousada, pelo menos em sua conclusão. Por que grupo? E por que grupo familiar? Porque provavelmente há de ter sido esta a primeira comunidade estável na qual os humanos nasciam, se abrigaram e se desenvolveram. Se outras pessoas não tivessem cuidado dela, teria morrido.

A medicina existe desde há muito. Iniciou como atividade humanitária de base empírico-espontânea na mais remota antiguidade; mais tarde, tornou-se religiosa; depois, passou a incluir elementos técnicos cada vez mais complexos e mais eficazes (a dimensão mercantil apareceu bem posteriormente). Findou por tornar-se uma aplicação prática de conhecimento científico sobre as doenças e os doentes, conhecimento que emergiu da experiência do cuidado e veio a ser uma atividade técnica e humanitária cada vez mais especializada e confiável.

> *Aqui se denomina técnica a qualquer aplicação de conhecimento tido como verdadeiro destinada a resolver um problema prático. E tecnologia, ao estudo da técnica ou conjunto de técnicas. Mas também se pode chamar tecnologia à aplicação do conhecimento científico. Também há quem considere as duas expressões como sinônimas.*

A medicina, mesmo entendida como a atividade humana técnica e ética dedicada essencialmente ao diagnóstico das doenças, ao tratamento dos doentes e às outras tarefas profissionais decorrentes diretamente destas, tem sua origem imersa em tempos anteriores aos registros históricos mais remotos. Confunde-se, mesmo, com a consciência compadecida. Deve ter se iniciado como resultante de um impulso solidário, quando alguém sadio se debruçou sobre um outro, enfermo,para ajudá-lo na enfermidade, no ferimento, na dor (o que pode ou deve ter sido uma conduta pré ou proto-humana). Modalidade de conduta que prosseguiu na ativi-

---

5 Burgiére A, Klapish-Huberm MS e Zonabend F. História da família, ed. Terramar, Lisboa, 1986, p. 69.

dade dos xamãs e feiticeiros, agentes culturais característicos do animatismo e do animismo.

Com o advento das religiões, o cuidado dos enfermos passou a ser exercido pelos sacerdotes, que ajudavam os pacientes como parte de sua prática religiosa. Depois, passou a ser entendida como atividade social e cognitiva laica, formalmente especializada e reconhecida como racional, destinada a conhecer as enfermidades e a curar os enfermos. A mais antiga raiz da medicina pode ser identificada na civilização grega situada por volta do século VI antes de nossa era, quando ali emergiu a medicina leiga e racional. Neste momento importa destacar que a missão dos médicos (curar os doentes) não se resume a promover a recuperação do organismo doente à sua integridade original, de restaurar inteiramente a saúde do enfermo, de sanar sua enfermidade.

Curar não se resume a sanar ou sarar (por mais que a linguagem comum assim empregue esta expressão). Pois, se assim fosse, os médicos nunca teriam sobrevivido como ofício. Há muitos séculos se sabe – e se sente – que curar significa cuidar e consolar. Curar significa cuidar, tratar. Uma cura penicilínica significa um tratamento com penicilina e nada mais, qualquer que tenha sido o seu resultado.

> *Aí naufragaram os críticos da medicina tal como era praticada até o século XVII, como Foucault, quando a avaliaram apenas pela possibilidade de sanar, ignorando os outros aspectos do curar. Como naufragam muitos antropólogos contemporâneos, que só enxergam o aspecto mágico do trabalho médico e ignoram a dimensão tecnológica da medicina. Da mesma maneira que falham os críticos que atribuem à tecnologia os prejuízos da relação médico-paciente e a desumanização da assistência médica, cujas causas devem ser buscadas nas características do sistema produtivo vigente e na alienação da sociedade em geral.*

Não obstante, a medicina também pode ser definida sucintamente como a atividade profissional voltada primariamente para o diagnóstico das enfermidades e o tratamento dos enfermos. Uma

versão contemporânea da antiga definição que rezava: a medicina é a ciência e a arte de curar. Em qualquer um destes graus de abrangência, esta definição pode ter seu centro de gravidade situado em um ponto muito diferente em seu espectro de possibilidades.

O que a medicina é em sua essência, qual seu gênero significativo mais próximo? Nesta trilha, pode-se situar a tônica do conceito de medicina na profissão (tradução da antiga expressão *arte e ciência*) como uma modalidade de trabalho social, mas não um negócio (o negócio de vender ajuda técnica, atividade mercantil na qual o médico presta seus serviços aos doentes e, em troca, recebe sua remuneração). Um negócio comum. Mas a medicina também pode ser uma técnica, um recurso tecnológico (uma aplicação científica), mas não apenas isto. Pois também é uma ação benemerente de ajuda. Além de um procedimento burocrático realizado mais ou menos mecanicamente, uma atividade pré-programada). É tudo isto e pode ser mais.

> *Embora a atividade médica possa existir como qualquer uma destas opções, ela deve ser considerada principalmente um labor, um trabalho social e ajuda solidária e ética. Que esta deve ser considerada como sua peculiaridade mais importante, mais essencial, mais geral e mais característica. E aí se encontra o centro de gravidade de seu conceito. O traço profissional é o componente mais essencial do conceito de medicina hoje. Por isto, aí se encontra também o gênero mais próximo em que se situa sua definição. Pode-se entender a medicina como uma profissão de serviço de saúde, aquela cujos agentes são incumbidos privativamente de realizar diagnósticos de enfermidades e prescrever o tratamento dos enfermos, além de todas as outras atividades laborais diretamente decorrentes destas.*

A medicina é uma entidade abstrata, mas real. Uma entidade abstrata que só se materializa na atividade profissional dos médicos. Só assim. Sem médicos não há medicina, já se sabe (ou se deveria saber). Absolutamente. Mas não foi em favor dos médicos que a medicina foi criada e se desenvolve. Tanto os médicos quanto a

medicina existem em benefício dos enfermos. Exclusivamente. Isto deve ficar bem claro na consciência das pessoas.

A medicina existe para os doentes, por causa dos doentes e para servir aos doentes. Não única, mas quase exclusivamente. Ao menos, do ponto de vista ético. Deste ponto de vista particular, a necessidade que os médicos tenham dela deve ser considerada como secundária e, mesmo, acessória. Só deve ser aqui considerada porque se os médicos não tiverem minimamente satisfeitas suas necessidades individuais e sociais, não haverá médicos para cuidar dos doentes. A satisfação dos interesses objetivos e subjetivos relacionados com o tratamento dos pacientes deve preceder ao atendimento dos interesses dos médicos naquele relacionamento.

Os avaliadores de qualidade dos serviços médicos costumam empregar questionários para fazê-lo. Esquecem que grande parte do êxito ou fracasso da relação médico-paciente depende da possibilidade de o médico atender às demandas subjetivas de seus pacientes. Demandas que nem sempre são conscientes e, por isto, quase nunca são inteiramente comunicadas ao clínico de forma direta e facilmente perceptível. A medicina existe com uma dimensão de atividade técnica especializada porque assim serve melhor aos propósitos que a motivaram e a fizeram se desenvolver. Mas a técnica de curar não se reduz a uma prestação de serviço. O exercício do ato médico só deve beneficiar a quem o recebe e a quem o presta. Mas, prioritariamente a quem o recebe, o paciente. Esta é a regra de ouro da medicina. Mas este benefício, a cura médica, nem sempre é a sanação. Em geral, é o cuidado.

Nesse sentido, como procedimento técnico e social a serviço dos doentes e lhes concedendo prioridade, convém destacar os dois níveis de competência em que a medicina se desdobra:

- o nível técnico-científico, expresso pelo conhecimento científico e pelas habilidades específicas; e

- a competência humana, expressa na capacidade relacional e nas possibilidades de cuidar e gostar dos pacientes que deles necessitam.

Alguns povos antigos não tinham médicos (com o sentido de agentes sociais especificamente preparados e credenciados para diagnosticar enfermidades e tratar enfermos). Contudo, todas as culturas, de todas as sociedades, sempre tiveram algum tipo de atividade curativa que pudesse ser chamada medicina (com o sentido mais amplo possível desta expressão: o de assistência médica). Na época primitiva, a comunidade se organizava para realizar coletivamente aquele trabalho. Como as culturas que tinham crenças religiosas, mas não sacerdotes, a comunidade inteira lhe faz às vezes e desempenha suas tarefas.

Na Babilônia, como em muitas pequenas comunidades primitivas isoladas, todas as pessoas da comunidade se atribuíam o dever de indicar o tratamento dos enfermos. O que acontecia, muitas vezes, em cerimônias públicas realizadas nos mercados ou nas praças, nas quais verdadeiros comícios eram realizados, com o paciente presente, onde quem quisesse poderia opinar no tratamento.

Foram essas, provavelmente, as primeiras assembleias populares diagnósticas e terapêuticas da saúde democrática. Não devem ter dado certo. Logo, foram substituídas por agentes sociais específicos para esta atividade. Pode ter sido esta uma das primeiras frustrações dos assembleístas. Talvez aí estivesse a origem da crença de que a reunião de ignorantes substituiria um sábio e que muitos medíocres substituiriam um gênio. (O que não implica em subestimar o trabalho coletivo, intelectual ou manual, que seria a tolice oposta.)

Individual e coletivo são categorias dialéticas, apenas aparentemente opostas, mas, realmente, unitárias. Contudo, bem cedo as pessoas descobriram ser melhor confiar na opinião dos especialistas do que nos palpites populares quando têm sua vida em jogo.

Como regra geral, nas comunidades em que não há médicos algum agente social recebe ou assume a tarefa de tratar os doentes, ainda que não o faça de forma organizada e corporativa; alguém pratica o cuidado com os doentes, atuando como diagnosticador de doenças e como terapeuta dos doentes. Em geral, o xamã, o pajé, o feiticeiro ou o curandeiro.

> *Não se deve supor que esta função, digamos, "vicariante" da medicina se resuma aos lugares ermos e aos momentos pouco desenvolvidos das culturas. Sempre que os profissionais de uma atividade muito necessária não conseguem dar conta de suas tarefas, a sociedade mobiliza outros para fazê-lo.*

Erro comum é deslocar para a enfermidade a questão que deve estar enfocada no enfermo, como é a terapêutica. Todo enfermo, por causa de sua humanidade, tem o direito à melhor assistência existente e isso é negado aos pacientes pobres. É só verificar o número de leitos de assistência intensiva nos hospitais do SUS e nos serviços privados (sem compará-los, porque seria vexaminoso). Seria interessante avaliar  qual dirigente sanitário recorre a tais agentes quando ele ou um dos seus necessita.

Outra comparacão interessante é comparar as exigências feitas aos pacientes do SUS que necessitam medicamentos de alto custo – como são prejudiciais a eles.

Contudo, sempre que a sociedade pode prover-se de médicos suficientes para realizar seu trabalho com eficácia, este descaminho foi corrigido. Prontamente. Ou o mais prontamente possível. Embora existam situações nas quais haja a necessidade social de improvisar quem diagnostique doenças e trate dos doentes, e essa necessidade deva vir a ser suprida de qualquer modo improvisado, a consciência ética (além do interesse pessoal) deve levar os legisladores e governantes a oferecer à população os melhores médicos que possa, tão cedo quanto possível.

> *A não ser em condições excepcionais, nenhum legislador correto deveria apoiar medidas assistenciais que não desejasse para si ou para os seus.*

No início, os médicos eram os agentes da magia e da superstição. Depois, foram os religiosos. A seguir, apareceram os médicos leigos que atribuíam causalidade natural às enfermidades e procuravam tratá-los como remédios naturais. Com o tempo, emergiram para a sociedade médicos preparados especialmente e que recebiam informações e treinamento aproveitando o que havia de mais científico em cada momento.

Finalmente, se lhes foi imposta a responsabilidade de prestar aos pacientes o melhor serviço que fosse possível em suas circunstâncias, já na era dos direitos humanos. Está claro, hoje, que ninguém tem o direito de enganar seus cidadãos, fingindo-lhes prestar um serviço que os próprios agentes governamentais sabem falso. Organizar um sistema de assistência sanitária sem médicos é uma falsidade, uma mistificação. O mesmo acontece quando há médicos, mas eles carecem de recursos humanos e recursos materiais auxiliares de diagnóstico e terapêutica essenciais para o desempenho de sua missão. Esse é o panorama atual da saúde no Brasil com a proletarização e baixos pagamentos dos profissionais de saúde e o sucateamento dos serviços médicos públicos. Principalmente os serviços de pronto-socorro, que estão praticamente falidos.

Toda pessoa deve desfrutar do direito de receber a melhor assistência de que necessite para atender os problemas de saúde que apresente. Esta noção da assistência à saúde como direito de todo cidadão é a matriz do princípio social da equidade. A necessidade da pessoa e não a possibilidade do sistema sanitário. Não há justificativa técnica ou ética para que uma sociedade não empregue os recursos mais eficazes na assistência médica de seus doentes, sejam quem forem.

Ser médico, no entanto, é mais que um ajudador. É mais que prestar um auxílio eventual em uma catátrofe natural ou social; é mais do que salvar uma vida humana em perigo ou ajudar alguém necessitado em um momento de comprometimento de sua saúde ou de sua vida. Ser médico significa ter sido preparado para

fazer disto seu viver; ter sido devidamente provado e aprovado neste mister. Não se improvisam médicos, é uma lição duramente aprendida. Mesmo que estes possam ser formados em medicina. A preparação para o exercício técnico e ético da arte de curar é penosa. Do ponto de vista estritamente técnico, só quando o aprendiz da medicina for capaz de avaliar todos os riscos, fazer todos os diagnósticos diferenciais e ponderar todas as possibilidades terapêuticas, terá passado a ser médico. Porque o médico é médico justamente por isto.

Outra dificuldade aqui identificada é a defasagem existente entre a grande necessidade social de médicos e a possibilidade limitada do mercado, no sistema capitalista, remunerar seus serviços adequadamente. O mesmo que sucede com todas as demais necessidades sociais das grandes massas da população que sobrevivem sob esse regime econômico. (O que sempre foi característica das populações pobres, uma marca do subdesenvolvimento social e econômico nas sociedades baseadas na exploração do trabalho humano.) No entanto, com o aumento do custo das tecnologias diagnósticas e terapêuticas e com o surgimento das empresas de seguro, está atingindo o mundo desenvolvido. Este fenômeno ocasiona dois problemas complementares, com reflexos na qualidade do trabalho médico.

O primeiro, é a multiplicação de cursos de medicina pagos e de baixa qualidade, com insuficientes recursos materiais (sobretudo serviços médicos e residência), recursos humanos deficientes (em geral sem qualificação) e um sistema de trabalho disfuncional (geralmente ganhando por horas-aula), com grande número de alunos. Este fator contribui com o aviltamento da remuneração dos médicos, porque é a causa deste exército profissional de reserva.

O segundo, é a proliferação de cursos médicos privados no país e outros funcionando em países mais ou menos próximos sem quaisquer exigências de admissão, exceto o pagamento das anuidades em dinheiro ou outra modalidade de remuneração ou outro meio igualmente acessório para selecionar os mais aptos

a serem médicos. Cursos criados com propósitos mercantis ou políticos. Em muitas escolas privadas de alguns países vizinhos, os alunos frequentam cursos que não são reconhecidos sequer naquele país onde é realizado. Veja-se, por exemplo, a relação entre as vagas criadas nos cursos médicos e a disponibilidade de vagas em residências médicas. Quando se sabe que a residência médica é essencial para a formação do médico, hoje.

> *Tais escolas (ainda que não mereçam esta designação) têm finalidade meramente lucrativa e albergam principalmente estudantes que querem fugir às dificuldades do exame vestibular e dos percalços da formação médica cuidadosa em seu país de origem.*
>
> *Não havendo a necessária vigilância dos organismos estatais específicos, o que já foi registrado em muitos momentos históricos, tende a se dar descontrolada proliferação de cursos de medicina, mesmo sem a mínima condição para cumprir sua missão institucional com eficácia. Agências reguladoras estatais brasileiras funcionam para agradar interesses econômicos e políticos de suas fiscalizadas. Parece aí prevalecer a necessidade de ganhar dinheiro sem quaisquer controles, associada à ideia de obter vantagem a qualquer custo, ainda que passando sobre o que deveria ser a consciência ética. Ao que se associa, como parece ser natural, a corrupção e o despreparo dos funcionários que deveriam ter o dever de prevenir essa situação, de saná-la e de corrigir os danos que ocasionasse.*
>
> *Neste caso, proliferam entidades "educacionais" para essa demanda de cursos; mesmo sem assegurar a adequada formação aos seus alunos e mesmo sem qualquer garantia da absorção dos seus graduados pelo mercado de trabalho médico. Pode-se ponderar que não deve ser assim. A necessidade social dos serviços médicos deveria preterir todas as outras, se a gradação de valores fosse humanística. Mas não é. Ela fica menor que os interesses da agiotagem internacional, menor que os interesses da burocracia política, menor que todos os interesses em jogo em um sistema capitalista no qual só os programas sociais devam ser socializados, enquanto a política econômica se mostra inteiramente submetida aos interesses neoliberalistas e globalizados. O médico é o único sobrevivente de uma atividade artesanal que ainda não foi proletarizado.*

Como acima mencionado, a superprodução de médicos tem sido promovida pelos governos, menos porque estejam preocupados com a assistência real e de qualidade à população, mas porque estão unicamente atentos ao custo do serviço médico. Melhor para eles será a superprodução de trabalhadores, ampliar a oferta de mão de obra feita por empresas privadas que lucram muito com isto. Ainda que a categoria profissional dos médicos e a população percam muito. A pletora da oferta de trabalho, a qual se acrescenta o baixo nível geral da qualidade dos trabalhadores, faz diminuir os salários, ampliar a disputa pelo mercado e baixar o nível ético da competição e o nível técnico da atividade laboral. Fatalmente. Em qualquer tipo de trabalho. Mesmo entre os médicos.

> *O conceito de exército laboral de reserva parafraseia o conceito marxiano de exército industrial de reserva, recurso usado pelo patronato industrial para fazer baixar os salários já aviltados dos operários. Manobra ininteligível em uma política "popular". Porém, nenhuma sociedade tolera por muito tempo a degradação de seus serviços. médicos. Quando sua deterioração se agrava excessivamente, as coisas tendem a normalidade, com o Estado voltando a cumprir seu dever de controlar tal atividade e de assegurar qualidade mínima aos cursos superiores, especialmente os de medicina. Dever do qual os governos vêm se omitindo sistematicamente no Brasil. Principalmente, o poder federal, que é o grande arrecadador e gastador de tributos.*

Ressalte-se a tentativa de substituir os médicos por trabalhadores menos qualificados e, consequentemente, pior remunerados e cujo custo de formação seja menor. Tal substituição é inaceitável dos pontos de vista técnico, ético e político. Quando um fabricante de alimentos ou outro produto essencial para a vida das pessoas, por exemplo, emprega recursos desse tipo para diminuir suas despesas e aumentar seus lucros à custa de sua clientela, sua conduta costuma ser tida como antissocial e severamente sancionada.

> *Como deve ser classificada a mesma conduta realizada como política de governo? Principalmente quando assim age para*

*servir aos agiotas de quem os governantes se julgam devedores? Desconsiderando a extensão e a qualidade do dano que médicos malformados podem ocasionar e ocasionam. Pois para formar um médico é necessário muito mais do que orientar sua instrução e lhe proporcionar algum treinamento técnico. A formação médica, como qualquer outro processo formativo, exige dos alunos a aquisição de informação, o desenvolvimento de habilidades específicas para a tarefa para a qual estão sendo preparados e a estruturação de atitudes. Principalmente atitudes. Há séculos, se sabe que não deve ser realizada como atividades teóricas, nem podem ser exclusivamente práticas. O governo brasileiro fomenta e realiza um programa sistemático de criação de um "exército industrial de reserva" destinado a enfraquecer política e corporativamente a medicina. Só que não é formado apenas por médicos. Persegue este objetivo empregando diversos meios possíveis. Inclusive atribuindo atividades médicas a quem não é médico.*

*No plano acadêmico, fomenta a abertura de escolas médicas privadas sem hospitais, sem residências médicas asseguradas, estimula e até força a aposentadoria de professores das escolas públicas para lhes assegurar corpo docente, finda por reduzir o salário congelado dos aposentados para os encorajar a buscar emprego nas escolas privadas. Não bastasse isto, estimula a importação de médicos formados no estrangeiro. Como estes têm dificuldade de passar nos exames de revalidação de seus títulos, força a supressão dos exames.*

Praticamente, todos os avanços recentes da medicina têm se dado no terreno tecnocientífico. O ângulo geralmente considerado como o mais importante da medicina é seu caráter de aplicação científica. Uma tecnologia, portanto. Daí a medicina ser considerada como tecnologia do diagnóstico das doenças e como tecnologia do tratamento dos doentes. Mas também é o recurso gestor dos cuidados para com os doentes que necessitam tratamento médico e, principalmente, como conduta humanitária solidária de auxílio a um ser humano necessitado de assistência. Por causa de seu caráter tecnológico, é bem possível, e muitos supõem, que a dimensão técnica se revele o traço mais essencial do trabalho

médico. O que não é verdade, mas fomenta fantasias de mecanização e automação do trabalho médico. A principal vertente da medicina é e deve prosseguir sendo a humanitária e não a técnica (nem a econômica).

**A Comunidade Europeia instituiu uma série de requisitos, denominados competências transversais, que devem perpassar toda a estrutura do currículo médico**

*Competências transversais ao currículo médico*

a. Instrumentais

1. Capacidade de análise e síntese 2. Capacidade de organização e planificação 3. Comunicação oral e escrita na língua vernácula 4. Conhecimento de uma língua estrangeira 5. Conhecimentos de informática relativos ao seu âmbito de estudo 6. Capacidade de gestão da informação 7. Resolução de problemas 8. Tomada de decisões

b. Pessoais

9. Trabalho em equipe 10. Trabalho em equipe multiprofissional 11. Trabalho em contexto internacional 12. Habilidades nas relações interpessoais 13. Reconhecimento da diversidade e da multiculturalidade 14. Raciocínio crítico 15. Compromisso ético

c. Sistêmicas

16. Aprendizagem autônoma 17. Adaptação a situações novas 18. Criatividade 19. Liderança 20. Conhecimento de outras culturas e outros costumes 21. Iniciativa e espírito empreendedor 22. Motivação para a qualidade 23. Sensibilidade para temas ecológicos

d. Outras competências

Exigidas pelo seu local de trabalho ou sua especialidade

## Definição de médico

O que é um médico? Na linguagem comum usa-se a expressão *médico* como o agente especialmente capacitado e legalmente habilitado para diagnosticar as enfermidades e tratar os enfermos, além de desempenhar as tarefas decorrentes e dependentes destas ou a elas correlatas. O médico é, pois, o agente profissional incumbido fundamentalmente de diagnosticar as enfermidades e tratar os seres humanos enfermos. A medicina vem a ser uma abstração na qual se concretiza o trabalho dos médicos. Estes sim, o componente concreto e material deste sistema conceitual. Isso ocorre porque são os médicos que tornam concreta a medicina, com seu trabalho em benefício da humanidade, em geral, e dos doentes, em particular. Da humanidade mesma e da humanidade encarnada em cada um dos pacientes, em cada pessoa afetada por uma condição de enfermidade, especialmente os que buscam socorro de um determinado médico.

**Juramento médico contemporâneo**

*(conhecido como Declaração de Genebra)*

No momento de admissão à profissão médica:

Juro solenemente consagrar a minha vida ao serviço da humanidade; terei pelos meus mestres o respeito e a gratidão que lhes são devidos;

Exercerei a minha profissão com consciência e dignidade; a saúde do doente será a minha preocupação primordial;

Manterei por todos os meios ao meu alcance a honra e as nobres tradições da profissão médica; os meus colegas serão meus irmãos;

Não permitirei que considerações de índole religiosa, de nacionalidade, raça, partido político ou condição social se interponham entre o meu dever e o doente;

Terei o maior respeito pela vida humana desde o momento da concepção e, mesmo sob ameaça, não usarei os meus

conhecimentos médicos de forma contrária às leis da humanidade;

Faço estas promessas solenemente, de livre vontade, e sob compromisso de honra.

Ponciano E, no sítio *http://ponciano.ibili.uc.pt/uip.web/psifarmac/etica/mini.html#3*\

E como se caracteriza a missão institucional que expressa os objetivos essenciais da medicina? Há milênios, se reconhecem dois objetivos gerais para o trabalho médico: o diagnóstico das enfermidades e a indicação ou realização do tratamento dos enfermos. Sim, porque existem procedimentos terapêuticos que não necessitam ser realizados por médicos. O surgimento de diversas profissões de saúde se deveu à profissionalização dos agentes dessas atividades auxiliares.

*As duas situações que constituem exceção a esta regra geral são o exercício da odontologia e da veterinária, visto que estas têm seus objetivos e campos de trabalho definidos nas leis específicas que regulam suas atividades profissionais.*

No exercício da profissão médica incumbe essencialmente a seus agentes profissionais o diagnóstico das enfermidades e a realização ou a indicação do tratamento dos enfermos. Examinar bem para bem diagnosticar e diagnosticar bem para tratar com eficácia. A estes objetivos fundamentais da atividade social dos médicos se acrescentam as demais atividades profissionais diretamente relacionadas com estas (como o ensino, a auditoria, a perícia, a direção, a supervisão); enquanto, acessoriamente, contribui com outros profissionais de saúde nas tarefas de promover a saúde e prevenir as enfermidades nas pessoas e nas comunidades, além de reabilitar as funções e desempenhos pessoais agravados por condições patológicas em sua estrutura corporal ou em suas possibilidades funcionais.

Em resumo: o médico é o agente profissional especificamente incumbido pela sociedade, por meio da legislação, para diagnosticar as enfermidades e tratar os enfermos no âmbito de um Estado. Isto porque é o agente social especialmente preparado para tal. O médico faz a medicina e a medicina faz o médico.

Desde 1040, a Europa exige licença oficial para exercer a medicina e a lei já pune seu exercício ilegal. Em Portugal e na maior parte do mundo medieval e até o século XVIII, o médico era chamado *physico* e se distinguia do c*irurgião* por ser mais importante e ter formação universitária, enquanto o aprendizado da cirurgia era desenvolvido em programas corporativos. Embora ambos, o físico e o cirugião, necessitassem licença estatal para praticar suas artes, esta licença na alta Idade Média era diferente para cada um deles, sendo obtida por meio de exames realizados pelo *physico-mor* e pelo *cirurgião-mor* do reino, de forma mais ou menos assistemática, mas regular. Mesmo naquela época, a formação dos cirurgiões era feita como nas demais corporações de ofícios medievais e renascentistas, unicamente no interior das corporações

> *As Corporações de Ofícios na Europa Medieval organizavam seus quadros em três categorias distintas: aprendiz, companheiro e mestre. O aprendiz era em geral jovem e parente de um membro da corporação cuja instrução era confiada a um mestre, que recebia uma certa soma para executar este trabalho. Em geral, o aprendiz morava com a família do mestre e o auxiliava em sua oficina; quando era dado por pronto, era promovido a companheiro (*fellow*, em inglês) e já podia praticar sozinho seu ofício e responsabilizar-se pelo resultado obtido. Nesta ocasião, devia realizar sua obra-prima (primeira obra), que mostrava aos seus companheiros o quanto estava pronto para atuar sozinho. Mas só poderia admitir aprendizes quando fosse promovido a mestre (o que implicava na confecção de outra obra comprobatória de capacidade). Depois de algum tempo, tendo conquistado o respeito de seus confrades, era promovido a mestre (*master*, em inglês) e passava a ter o direito de ter aprendizes. A obra-prima era a obra perfeita com a qual um aprendiz se qualificava diante de seus colegas para ser promovido a companheiro.*

Os *mestres* ensinavam aos *aprendizes* que os acompanhavam; o aprendiz era supervisionado pelo mestre até que aprendesse o ofício, quando então era autorizado por um organismo corporativo a praticar sozinho, pois deixava de ser considerado aprendiz e era promovido a *companheiro*. Os aprendizes, companheiros e mestres constituíam a hierarquia das corporações de ofícios medievais. Inclusive a corporação dos médicos, que mais tarde passou a ser chamada ordem, colégio ou conselho dos médicos ou de medicina.

Desde a alta Idade Média até a fundação de um estudo universitário, a proto-universidade, em Portugal, inicialmente em Lisboa e, depois, em Coimbra, os estudantes portugueses também podiam ser preparados em universidades estrangeiras (principalmente Salamanca e Montpelier, que lhes eram mais acessíveis) e licenciados pelo Estado para exercer seu trabalho no país luso após comprovarem capacidade técnica mediante exames ante uma banca examinadora oficial. No entanto, no que respeita aos médicos (*physicos*, como eram chamados em português, ou *physician*, em inglês), sua formação se fazia unicamente em Coimbra, a única universidade da metrópole. O que sucedeu na Europa ao menos desde o século XIII até o início do XIX.

Nas colônias europeias, inclusive no Brasil, por causa dos muitos curandeiros e da falta de médicos, a regularização do exercício profissional da medicina teve que esperar a vinda da família real no início do século XIX e a criação do primeiro curso médico na Bahia (pois Salvador era a maior cidade do país naquela época) e, depois, no Rio de Janeiro, que foi a cidade escolhida para a fixação da corte por motivos geográficos, climáticos e estratégicos (principalmente, a proximidade da fronteira sul com as colônias espanholas).

Com a vinda da corte portuguesa, a capital se deslocou de Salvador, na Bahia, para o Rio. Desde então e muito rapidamente, aumentou a população, passou a circular mais dinheiro, melhoraram as condições sanitárias da cidade e foram criadas as pri-

meiras faculdades. A de medicina, a Politécnica e o curso jurídico, inicialmente e por muito tempo. O que deu início à experiência da educação superior brasileira, muito atrasada em relação às suas congêneres da América espanhola. Pois a diretriz política da monarquia lusitana era concentrar os cursos superiores em uma única universidade na metrópole. Em Coimbra, no caso. Por isso, o aparecimento da primeira universidade brasileira teria que esperar mais de um século ainda.

> *Uma curiosidade histórica indicativa do caráter nacional brasileiro. A primeira universidade brasileira resultou de compromisso de reciprocidade diplomática contraído pelo governo imperial, mas que a República teve que honrar. Em 1922, o rei Alberto da Bélgica, herói da Primeira Guerra Mundial por sua resistência ante os invasores alemães, veio ao Rio para as comemorações do centenário da Independência. Acontece que o imperador Pedro II havia sido homenageado com o grau de Doutor Honoris Causa de uma universidade belga. A praxe diplomática mandava que o rei Alberto recebesse honraria igual. Como no Brasil não havia universidade e havia aquela obrigação diplomática a ser cumprida, improvisaram uma. Reuniram faculdades do Rio de Janeiro e deram por feita a Universidade do Brasil, depois transformada em Universidade Federal do Rio de Janeiro.*
>
> *Na primeira Constituição republicana, os positivistas (cultivadores do liberalismo e precursores do neoliberalismo) aboliram as prerrogativas profissionais (que tinham como privilégios odiosos) e as prerrogativas exclusivas das profissões. Logo se voltou atrás com alguma celeridade, em face das perturbações sociais ocasionadas por aquela medida – menos no Rio Grande do Sul, onde a desregulação profissional ou desprofissionalização demorou mais a ser abolida por causa da hegemonia política dos positivistas.*
>
> *Falta que criou muitos problemas políticos e administrativos que se agravaram até a legislação ser revogada. O instituto jurídico do monopólio profissional foi restaurado. A este propósito, importa distinguir três situações indevidamente confundidas entre nós: os graus acadêmicos concedidos pelos estabelecimentos de*

*ensino superior (bacharel, licenciado, professor mestre, professor doutor e livre-docente); as categorias funcionais da carreira docente dos professores universitários (professor auxiliar, professor adjunto e professor titular – além de uma excrescência semidocente inventada pela burocracia acadêmica – o professor substituto); as fórmulas de tratamento estabelecidas pelos costumes ou pela legislação pertinente (como senhor, doutor, senhoria, excelência); e os títulos profissionais assegurados pelo registro corporativo (médico, engenheiro, advogado, enfermeiro, assistente social).*

Desde a antiguidade a medicina (ou medicina clínica, como alguns hoje preferem dizer) era radicalmente separada da cirurgia, e esta nem era considerada integrante da medicina. A cirurgia era considerada como atividade inferior, equiparada à dos barbeiros e agentes de outros ofícios modestos e socialmente menos apreciados. Barbeiros que podiam ser auxiliares dos médicos ou podiam trabalhar como oficiais autônomos em procedimentos mais simples e de pequeno risco (sarjar furúnculos, pensar ferimento de menor gravidade, fazer sangrias).

Quando os cirurgiões foram equiparados ao médicos por terem sido incluídos como agentes da medicina, sua formação passou a ser unificada nos cursos de medicina ou de medicina e cirurgia, ou, ainda, de médicos-cirurgiões, como em alguns países hispano-americanos. As faculdades de medicina passaram a formar cirurgiões. E as antigas sociedades de medicina e cirurgia, como ainda existem tantas, foram transformadas em sociedades ou associações médicas, incumbindo-se de atividades científicas, recreativas e culturais, além de representar os médicos autônomos.

*Essas entidades atualmente encontram-se bastante fortalecidas e, dialeticamente, enfraquecidas no Brasil pelo desenvolvimento das associações ou sociedades de especialidades que brotaram em seu interior.*

*As associações de especialidades médicas, por conta dos interesses tecnocientíficos particulares e da realização de congressos mais interessantes para a grande massa dos médicos,*

*passaram a concentrar a participação, deixando as associações médicas locais reduzidas às atividades sociais e esportivas. O que resultou na diminuição de sua capacidade de mobilização, de representatividade e de possibilidades financeiras. Ao mesmo tempo, dá-se nítida deterioração das possibilidades políticas dos sindicatos médicos. Fenômeno análogo ao que sucede em todos os países do Ocidente depois da derrocada da União Soviética e dos países europeus que gravitavam em torno dela. Aparentemente, o desaparecimento da ameaça comunista e, simultaneamente, o arrefecimento das esperanças socialistas, contribuiu para este fenômeno.*

*O território político da atividade médica está hoje praticamente ocupado pelos conselhos de medicina e pelas sociedades de especialidades médicas, formalmente agrupadas na AMB. Adiante há de haver oportunidade para expor melhor estas questões da política médica brasileira.*

A medicina e a cirurgia constituíam duas profissões diferentes, formadas em instituições educacionais diferentes e diferentemente valorizadas em todo o mundo ocidental. A primeira, a medicina, era uma arte liberal; enquanto a segunda, a cirurgia, um ofício ou arte manual. Havia profundo fosso social que separava estas duas atividades. Mas, com o tempo, este fosso tendeu a desaparecer, emergindo uma tendência à reunião destas duas atividades curativas. Mas isto só foi possível quando as formações do médico e do cirurgião foram unificadas na escola médica renovada, em pleno Iluminismo. A separação social, institucional e profissional entre médicos e cirurgiões perdurou no Brasil até o século XIX (quando ainda havia barbeiros e cirurgiões licenciados trabalhando).

A integração médico-cirúrgica só ganhou alento com o advento da anestesia e da assepsia, recursos técnicos que possibilitaram o surgimento e o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas seguras e sua incorporação pelas universidades. Desde então, a influência das especialidades cirúrgicas, inclusive a anestesiologia, cresce em razão exponencial. A descoberta dos anestésicos gerais consagrou a cirurgia e possibilitou sua integração na medicina, pois estimulou os médicos a praticarem cirurgias.

O processo de interação da medicina e da cirurgia caracterizou a medicina contemporânea e só se completou com a evolução técnica da prática cirúrgica, notadamente a descoberta da assepsia, dos agentes anestésicos e, bem mais tarde, dos antibióticos. O aparecimento destes recursos foi o marco da integração médico-cirúrgica, principalmente porque superou o caráter meramente técnico das cirurgias e as tornou mais seguras e respeitáveis, o que deu início a um progresso vertiginoso que persiste até hoje e que colocou a cirurgia no topo do prestígio social. Este progresso não foi em vão, nem isentou seus praticantes de árduo trabalho profissional e político.

Mesmo depois das duas atividades serem legalmente equiparadas, os cirurgiões ainda mantiveram uma posição de certa subalternidade frente aos clínicos por algum tempo, que hoje tende a se inverter radicalmente. Principalmente por conta da organização da atividade formativa e profissional dos anestesistas. Não obstante, ainda existem sociedades e faculdades de medicina que conservam a designação clássica, separando estes dois componentes da profissão: a medicina e a cirurgia. Em diversos países hispânicos o título formal do médico é *médico-cirujano*, ainda que alguns deles, por conta de sua atividade especializada, não pratiquem cirurgias. Os anestesistas acompanharam os cirurgiões nessa trajetória social ascendente. Ainda que, no início, fossem subalternos.

> *A unidade política e a organização profissional dos anestesistas terá sido o fenômeno social mais importante da política médica contemporânea. O súbito afrouxamento das tensões técnicas, sociais e profissionais que os contiveram durante muito tempo em posição de relativa inferioridade há de ter sido fator essencial para motivar sua organização, inicialmente utilizada como instrumento de autoafirmação pessoal e, depois, profissional e social. Fenômeno simultaneamente psicológico e político muito fácil de entender.*
>
> *O custo político deste desenvolvimento para a medicina parece ter sido a tendência individualista que parece ser mais evidente*

*nos anestesistas e um distanciamento maior das sociedades de anestesistas do movimento geral da política dos médicos.*

Diversas línguas neolatinas contam com a palavra *médico* em seu vocabulário e em todos os casos sua significação mostra-se idêntica ou bastante aproximada. Não há caso de grande divergência com respeito ao seu sentido original. No Ocidente, a palavra médico foi originada de uma expressão latina bastante antiga, o *médicus,* que, por sua vez, é a tradução latina do grego *terapeuta*, que desde remotas épocas significava médico ou cirurgião e, mais amplamente que isto, aquela pessoa que trata doentes, o que receita e lhes administra remédios; e ainda mais remotamente significava curador, feiticeiro, curandeiro.

Até hoje a prescrição dos remédios é denominador comum da atividade médica em todos os lugares do mundo e em toda a história civilizada.

O Dicionário Português [6], talvez o mais autorizado do século XIX, define *médico* como *aquele que exerce a medicina, o que a sabe*. E o verbo *medicar* é ali definido como *atos ou procedimentos de curar, aplicar remédios, medicamentos*. Destacando a atividade de prescrever tratamentos como traço essencial da atividade médica. Como a própria palavra informa. Coisa análoga ocorre com medicamento, medicação, medicinal.

> *A denominação do médico em castelhano consagra a integração da cirurgia:* médico-cirujano. *Enquanto a medicina é há muito denominada profissão, equiparada ao trabalhos dos juristas e sacerdotes, os ofícios (ou artes dos artífices) eram tidos como atividades laborais menos importantes: as artes mecânicas. Nas quais se equiparavam os barbeiros, alfaiates, sapateiros. A palavra* médicus *terá chegado ao latim originada do etrusco* medum, *que significava homem que faz o bem, que cura as enfermidades e alivia o sofrimento dos padecentes, um cuidador dos doentes. Brota do radical* medeor *que significa refletir, preocupar-se.*

6 Vieira, Domingos Fr. Grande dicionário da língua portuguesa (conhecido como Dicionário Português), Ed. Chardron e Moraes, Porto, 1871.

> *Aparentemente, a expressão médico já era utilizada muito antes de haver uma* ars *(arte) denominada como médica. Como nas demais línguas neolatinas o adjetivo* médicus, a, um *(médico, em português, castelhano e galego) assume o mesmo significado de* medicinal *em português e espanhol e* medical *em inglês e em português (ainda que raramente usado)* [7].

Mariano Arnau [8] conflui para esta etimologia e também diz que a palavra médico não se desenvolveu sozinha, acompanhou diversas outras expressões verbais vizinhas suas em evolução. Mesmo no latim, a palavra medicina teria sido resultante tardia da evolução semântica da expressão original *medeor*. À sua volta, apareceram como antecedentes o verbo *medeor* e, no mesmo nível, as expressões *remedium*, *irremediábilis*, *medicare*, *medicina*, *medicamen*, *medicamentum*, *mediastrinus* (como se denominava o escravo para todo serviço, médico!). Originalmente, o feminino de médico, *médica*, queria dizer *parteira* ou *comadre* como era designada popularmente. Pois na maioria dos países da antiguidade e por muito tempo mais não se permitia o exercício da medicina às mulheres (que só podiam praticá-la de modo clandestino ou subalterno).

Veja-se a seguir seu texto literal (em tradução livre).

**MÉDICO**

Esta palavra se origina do latim *médicus*, que significa médico. E a forma adjetiva *médicus, a, um*, que significa medicinal (a qualidade daquilo que é médico, em inglês, *medical*, n.t.); e além disso, antigamente significava encantador, feiticeiro, perito em sortilégios. A palavra não cresceu isolada. Formam seu entorno como antecedente o verbo medeor; no mesmo plano, re-med-ium, irre-med-iábilis, medic-are, med-icina, med-icamen, medic-amentum, medi-astrinus (que significava escravo para todo serviço e, também, médico); médica era a comadre, a parteira. A semelhança com o grego

7 Colégio Médico do Peru, Comitê de vigilância ética e deontologia, vol. 1, nº 3, out. 2000.
8 No sítio *elalmanaque.com* da rede mundial de informática.

ω (médo), ω (medéo) faz pensar que o equivalente latino deriva do grego ou que ambos derivam de uma mesma língua anterior.

Em sua forma ativa este verbo significa medir, regular, conter em uma medida; em meia voz; em troca, ι (médomai) significa ocupar-se de, preocupar-se com, sonhar com, pensar em, desejar. O substantivo obtido do particípio presente ( ν/médon) (= o que se preocupa com, o que tem alguém ao seu cuidado) traduz-se como "chefe", "rei". A forma ω significa "reinar", chefiar, mandar. Está claro que a figura social do *médico* não saiu do nada, nem emergiu do nada a palavra médico ou a atividade social que ela designa. A relação do significado atual desta palavra com sua origem não é pequena.

Parece muito difícil determinar seu sentido-chave, o que se busca em uma investigação cronológica. Considerando que o primeiro significado de *medeor* é meditar, e como derivadas vêm preocupar-se, cuidar e curar, talvez seja razoável tirar uma conclusão, válida não só do ponto de vista léxico, mas experimentalmente: o enfermo espera ser tema de meditação e de reflexão do médico. Aí se geraria a confiança do enfermo. A segunda função seria a de preocupar-se com o enfermo. Isso explicaria porque durante séculos a medicina haja funcionado a distância. O médico não precisava entrar em contato direto com o enfermo que tratasse. Considerava-se normal que o médico nem visse ao enfermo que estivesse tratando. Sua função essencial seria saber e decidir. Não se considerava que ver diretamente o enfermo seria decisivo para sua cura. Sua fé não nascia da visão do médico, mas de conhecer sua dedicação. Porém, onde se concentrava finalmente toda a fé do enfermo, era na medicina.

A principal atividade do médico não era visitar nem cuidar dos enfermos, mas "criar-lhes" medicinas. Atinar com a "fórmula magistral", inventá-la. A confiança do enfermo dependia do quanto o médico acertava o remédio. Cujo segredo era

guardado cuidadosamente. Provavelmente, é a tendência que faz muitos pacientes pedir receitas e acumular remédios. A assistência era baseada quase exclusivamente na consulta e sua receita. Quando o facultativo ainda era *médicus*, na cultura romana, acreditava-se que magicamente dominaria poderes sobrenaturais herdados do feiticeiro da tribo; que era um encantador, perito em sortilégios, teria algum contato com forças e espíritos da natureza, e que, graças a isso, obteria a cura do enfermo. Quando a ciência não tem resposta e não se conhece a natureza da enfermidade, não havendo capacidade de intervenção (técnica), a superstição reaparece e recorre-se à invocação de poderes naturais e sobrenaturais. Em culturas primitivas era essa a prática habitual da medicina, e em culturas mais evoluídas é recurso excepcional, porém não de caráter médico, mas exclusivamente religioso.

Esta foi a medicina que se usava em lugar da ciência, que – de resto – ainda não existia. Inclusive na Grécia, a medicina nasceu nos templos porque se considerava que eram os deuses que davam e tiravam a saúde; e inclusive hoje, o enfermo que não obtém remédio na medicina, antes de desistir e considerar irreversível sua enfermidade, recorre ao espírito do ancestral, ao curandeiro ou aos santos milagreiros e aos seus templos (hoje, aquele que registra maior atividade é o de Lourdes). Milhares de ex-votos o testemunham. O índice de eficácia destas práticas é muito baixo. Atuam sobre o componente psíquico que acompanha toda enfermidade e somente quando este compõe parte substancial da etiologia e, portanto, é capaz de arrastar os demais fatores causais. E inclusive fica, eventualmente, fora de toda e qualquer possibilidade de explicação.

Se a enfermidade era para o romano *aegritude* (melancolia, pesar, sofrimento, aflição, tristeza), quer dizer algo fundamentalmente anímico, pode-se entender que o médico tenha que atuar, ao menos em parte, sobre o espírito do enfermo e, por outro lado, tenha que se entender com os espíritos da natureza, ao mesmo tempo que aporta os

remédios que afugentem o mau espírito que se apoderara do enfermo; e que este conceito de médico conviva com o científico que se vai desenvolvendo. Nem as expectativas do enfermo com respeito aos "poderes" do médico vêm do nada, estes excessos de fé fazem mal à medicina.

A medicina mais científica e tecnificada não pode nem deve prescindir do componente psíquico de toda enfermidade, posto que este, no mínimo, contribui para alimentar a fé do paciente e reforçar a ação terapêutica. De algum modo, aliviar sua prostração (*aegritude*). A pertinácia do enfermo em seguir disciplinadamente as instruções do médico, no qual reconhecia o herdeiro do mago e do feiticeiro, deixou duas profundas marcas léxicas: a primeira, que o falante impõe a todo médico o mais alto título acadêmico, "*doutor*", porque necessita vê-lo no mais alto nível do saber. E a segunda, que se empenha em atribuir-lhe a faculdade de restituir a saúde ao enfermo, de maneira que, quando se lhe diz que o médico só cuida ("cura") o enfermo, e que é a natureza que o "*sana*" (sara), o falante retorna à sua ideia, atribuindo ao termo "curar" o sentido de "sanar", restaurar a integridade estrutural e funcional.

*Mariano Arnau (em www.elalmanaque.com)*

Por sua vez, "cirurgião" é palavra que também reflete faceta extremamente importante da prática da medicina atual, ainda que sua evolução histórica tenha sido um tanto diferente desde a origem de ambas as atividades na remota antiguidade, quando eram denominadas como *artes* ou *tekhnai*. Principalmente porque a cirurgia era um trabalho manual e a medicina uma arte liberal, as sociedades escravistas discriminam estes dois tipos de labor, atribuindo-lhes valores muito diversos.

Há muito, a cirurgia reporta-se às intervenções invasivas do corpo humano pelas quais se promovem reconstituições ou mutilações controladas das estruturas somáticas com vistas a produzir algum benefício. As primeiras cirurgias objetivavam curar lesões

corporais traumáticas e estavam relacionadas com a atividade dos barbeiros. A medicina clínica e a cirurgia se originaram de duas *tehknai* diferentes, em especial tiveram origens sociais diversas. O *status* da medicina como técnica era superior ao da cirurgia até a primeira metade do século XX. Enquanto os médicos se alinhavam como agentes das artes intelectuais, os praticantes da cirurgia eram considerados agentes de uma arte manual, uma atividade socialmente inferior. Situação que persistiu até que passaram a ganhar mais dinheiro.

Sem qualquer dúvida, a cientificidade é uma dimensão da medicina que foi tornada responsável por notáveis avanços técnicos havidos da Grécia antiga e este traço característico foi se fazendo cada vez mais importante. Mas a medicina era classificada como trabalho intelectual e a cirurgia, uma arte manual. O que fazia grande diferença naquela época. E um dos principais credores do seu prestígio atual se deve ao avanço das técnicas cirúrgicas.

Situação semelhante ocorreu com a anestesia. No início, seus praticantes eram auxiliares. Freiras, sargentos na medicina militar e enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. Os médicos anestesistas eram subordinados aos cirurgiões e frequentemente desdenhados. Só quando se reuniram, conseguiram se impor e desfrutar autonomia. Embora sua tarefa seja ato médico, a rigor não é um ato clínico.

Não obstante, ao contrário da tradição antiga, que inferiorizava os cirurgiões, estes ocupam hoje posição bem mais importante que a dos médicos clínicos na consciência social e no imaginário popular. O que se reflete em sua renda e em seu significado na burocracia estatal. A cirurgia encarna hoje o modelo mais comum da atividade médica e talvez seja seu símbolo concreto mais popular na consciência ingênua da população comum

Neste terreno, veja-se a contribuição de Mariano Arnau.

## CIRURGIÃO

Quanto à sua forma, a família de palavras composta por cirurgião, cirurgia, cirúrgico procede da respectiva família de palavras gregas ς (cheirurgós), α (cheirurgía), ς (cheirorgicos), todas compostas pelos elementos ρ (cheir), que significa "mano", e ς (-ourgós, - ourgia) e sua forma adjetiva ς (urguikós), sufixos de ν (érgon), que significa "trabalho", o que resulta em uma referência ao "trabalho feito com as mãos". No que respeita à forma, observa-se que a transcrição "*quir*" se deve, em parte, à contração do ditongo "*ei*" (seguindo a tendência evolutiva do grego); e por outra, a que perdeu a aspiração ao passar por línguas incapazes de reproduzi-la, entre elas o latim, daí que em latim, em francês e em italiano se escreva com *ch*.

Quanto ao segundo elemento, que transcrito letra por letra nos dá "ourgía", deve-se observar em primeiro lugar que não é possível encontrá-lo como entrada nos dicionários, porque é tão só uma forma sufixa; em segundo lugar, que já desde a época clássica o ditongo é lido sempre como "u", e que a letra γ (gamma ) tem em grego únicamente o som "ga, gue, gui, go, gu", que, quando se transcreve para o espanhol, comete-se uma infidelidade à fonética original, que outras línguas não cometem: absurdamente, ao não colocar o "u" após o "g" para manter na transcrição o som original, pronuncia-se como "j".

Ocorreu o mesmo com a transcrição do κ (kapa) pelo "c". Quando, por sorte, cai antes de "a", "o", "u", conserva-se o som original (como em ς/kalós, p. ex., em que se mantém o som, como em caligrafia); ao revés, em η (kefalé), ao adquirir o "c" o som "z" (c ou ç em português) por estar antes de "e", a pronúncia "cefal-" nada tem a ver com a palavra original grega.

Quanto ao significado, os gregos chamavam ς (cheirurgós) ao que trabalhava com as mãos: ao artesão,

ao trabalhador braçal e também ao cirurgião. Por oposição ao médico ou terapeuta ( ς/ σ), cujo trabalho era eminentemente especulativo e "doutoral". Para simplificar, o médico vendia seu saber enquanto o cirurgião vendia seu trabalho manual. De fato, era um subalterno do médico, geralmente um escravo.

Na Espanha, como em quase toda a Europa, a palavra cirurgião foi sinônimo de barbeiro até há 150 anos. Os reis católicos, em 1500, proibiram aos barbeiros sarjar, sangrar, colocar sanguessugas ou ventosas e extrair dentes, sem prévio exame pelos mestres barbeiros reconhecidos. Enquanto isso, os mestres cirurgiões (especialmente os chamados latinos ) trabalhavam como barbeiros, o que foi proibido em 1787 por Carlos III. Porém, em 1804 a lei voltou a misturar as duas profissiões, autorizando os cirurgiões a atuarem como barbeiros. Em 1815 os cirurgiões pretenderam o direito de abrir barbearias, mas não conseguiram. A Real Ordem de 1º de outubro de 1860 decidiu a questão, proibindo aos barbeiros e aos que não tivessem o título de cirurgião, de sangrar e realizar outras operações de pequena cirurgia.

*Mariano Arnau (em www.elalmanaque.com)*

Para melhor entender, considere-se preliminarmente que os conceitos de medicina e médico, enfermidade e enfermo são histórica e logicamente inseparáveis. Cada uma dessas duas categorias formada por dois conceitos complementares só existe quando se completa na outra. Por isso, são chamadas categorias dialéticas. Só existem na interação de categorias aparentemente opostas, simétricas e complementares. O mesmo veio a se dar mais tardiamente com a clínica (originalmente chamada medicina) e a cirurgia, que hoje existem completamente integradas. Mas esta complementariedade não existia na sociedade que desvalorizava o trabalho manual.

Convém destacar que a integração da cirurgia se deu integralmente e desde a raiz. Desde que se decidiu destacar as atividades

cirúrgicas dos médicos, estas passaram a ser lecionadas no cursos de medicina e ambas as atividades eram ensinadas a todos os alunos. Ao fim, alguns se decidiam por praticar cirugia, outros se inclinavam pela clínica e a maioria se dedicava a estes dois grandes ramos do trabalho médico. Não houve faculdades de cirurgia separadas das de medicina. Antes de se exigir a formação médica dos cirurgiões, a cirurgia era ensinada praticamente e os interessados em praticá-la faziam um exame de suficiência para serem autorizados a nela trabalhar.

A ideologia do escravismo, consequente à divisão da sociedade em classes, desprestigiou o trabalho manual como vergonhoso e situou a cirurgia como trabalho indigno de um cidadão livre; um ofício para cativos ou ex-escravos. Essa perversão social cindiu uma atividade laboral até então íntegra. Nesse momento, a história da cirurgia foi apartada da história da medicina, só reiniciando sua reintegração no Iluminismo. Apesar de ambas as atividades compartilharem a mesma origem e terem percorrido sua trajetória inicial como duas atividades de um mesmo ofício. Ambas vinculadas e comprometidas com a prática do bem e o serviço da humanidade. A esdrúxula separação artificial só se desfez muitos séculos depois. Foi preciso superar a escravidão para integrar a cirurgia na medicina e equiparar os cirurgiões aos médicos.

Doravante, quando se mencionar médico e medicina, estarão implícitos o cirurgião e a cirurgia. Sendo até constatável que a cirurgia tem sido identificada com a população como o símbolo mais expressivo da atividade médica nos dias que correm. Para a maioria dos contemporâneos, expressões como faculdade ou sociedade de medicina e cirurgia, como se usava com habitualidade na segunda metade do século XIX e início do XX,  soam bastante estranhas.

## Características do médico

O primeiro dever do médico é não fazer mal, não prejudicar a ninguém. *Primo, non nocere*, diziam os hipocráticos. Em primeiro lu-

gar, não fazer mal, não prejudicar. Mas, sempre que possível, deve fazer o bem. Neste sentido, devem ser diferenciados três tipos de condutas bem diferentes, apesar de entranhadas com as atividades relacionadas com o bem:

- a benevolência (desejar o bem, ser bem intencionado),

- a beneficência (fazer o bem, realizar o bem) e

- a não maleficência (não fazer mal).

Ao médico, não basta ser benevolente, isto é, desejar que o bem seja feito; necessita ser beneficente; ou seja, deve fazer o bem, realizar boas ações. Obrigatoriamente. Ou, ao menos, deve não fazer mal, qualquer mal, a quem quer que seja, em nenhuma situação. Qualquer paciente necessita saber e sentir que seu médico lhe quer bem e se precupa em lhe fazer o bem.

> *O primeiro mandamento da ética hipocrática era:* primum, non nocere *(primeiro, não fazer mal, não causar dano, não prejudicar). Motivo pelo qual, nas guerras, os médicos não assumem papel beligerante.*

Outra importante característica do médico é ser um trabalhador especial, por conta de seu objeto. Quando se falar em medicina neste contexto, deve-se entender o trabalho dos médicos, porque é nele que ela se materializa, se faz realidade material. Seus fundamentos cognitivos e éticos e sua prática social. Pois, médico e medicina são conceitos complementares absolutamente indissociáveis. Não pode existir um sem que o outro exista, complementando-o inteiramente.

A medicina só existe como trabalho profissional dos médicos; assim como os médicos existem unicamente como os agentes profissionais que exercem a medicina. Exercem a medicina porque são os agentes sociais incumbidos de diagnosticar e evitar doenças, de tratar doentes e de reabilitar quem tiver sido incapacitado por uma enfermidade ou acidente traumático qualquer. E estes

são os atributos mais essenciais da medicina e do trabalho médico. As outras categorias lógicas intercomplementares contidas na intimidade do tema deste trabalho compõem a díade formada pelos conceitos de doença e doente (enfermidade e enfermo) como objetos do conhecimento científico de caráter médico.

> *Momento em que vem à mente a frase de Letamendi: não existem doenças, mas doentes. Frase que foi mais um libelo contra a medicina excessivamente tecnizada por desumanização do que uma reflexão lógica rigorosa.*

Da mesma forma que o enfermo é concebido como sistema biológico afetado por uma enfermidade, influência danosa que lhe acarreta algum prejuízo. A enfermidade, por sua vez, deve ser entendida como o resultado da ação nefasta de alguma influência danosa potencialmente capaz de ocasionar algum dano estrutural ou funcional a um organismo vivo, um sistema biológico funcionante. No caso do trabalho médico, o objeto desta atividade é o enfermo. Ser humano agravado por alguma influência morbígena (noxa) que lhe causa dano patológico. Enquanto a enfermidade humana é o resultado da ação patogênica de uma ou mais noxas em um organismo humano. O primeiro plano do objeto da medicina e do trabalho médico vem a ser o complexo doente-doença.

> *Denomina-se noxa à influência capaz de determinar dano a um ser vivo. O agente etiológico de uma enfermidade, físico, químico, biológico ou psicossocial que atua sobre o organismo ou uma parte dele para produzir um dano. O dano patológico.*

Finalmente, aqui se coloca a contradição dialética entre o querer e o dever, contradição característica da condição humana, importante marca que assinala a humanidade. Pois o senso do dever, junto com a capacidade de abstrair, de experimentar sentimentos e de agir intencionalmente é um atributo essencial dos seres humanos. Contradição, aliás, que se põe como diferença essencial entre o trabalho do amador (que faz o que quer, no momento que tem desejo) e do profissional (que faz aquilo que é necessário, no momento que é preciso). Esta dimensão da vida pessoal, em si mesma contraditória, coloca em jogo os três elementos mais im-

portantes na propulsão da conduta humana: o desejo (o querer), a potencialidade de fazer (o poder de realizar) e o senso do dever que aponta objetivos e impõe limites à ação.

A harmonia da maior parte das ações humanas, ao menos de qualquer ação humana, depende intencional e essencialmente da harmonia verificada na interação destas três vertentes da conduta: o querer, o poder e o dever – presentes em cada uma delas. Harmonia médica que se revela inteira no credo do médico, do professor Luiz Decourt, professor titular da Universidade de São Paulo e um dos mais eminentes médicos brasileiros da segunda metade do século XX. Justamente considerado como modelo de médico para seus contemporâneos. Mesmo para os que não o conhecem nem o conheceram esse mestre de escol que, ao longo de sua vida, dignificou sobremaneira a medicina e o professorado médico.

Eis o credo médico, de autoria do professor Decourt.

**CREDO DO MÉDICO**

*(de Luiz Decourt, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)*

CREIO na medicina que é ato contínuo de aprimoramento; que evita, na sucessão dos dias, o aniquilamento de um patrimônio cultural que é a própria razão de seu mister; que não cessa de buscar, nos homens e nos livros, a forma correta de se exercer.

CREIO na medicina que exige o fato atual, mas não o recebe com passividade; que analisa o dado novo pela segurança das medidas que o forneceram e através da experiência conseguida. Medicina que defende, mas não reverencia a própria opinião; e que aceita a informação, se adequada, provenha ela de autoridades consagradas ou de humildes trabalhadores.

CREIO na medicina que procura não apenas o combate à doença e sua prevenção, mas também o avanço do

conhecimento científico; que investiga, compara, discute e conclui. Não tanto para a exaltação do próprio prestígio, como para o progresso do homem, porque sabe que a recompensa do investigador não é a obtenção de prêmio, mas o privilégio de ter trazido seu grão de areia ou seu tijolo ao sempre renovado edifício da verdade científica.

CREIO na medicina que é ato de resposta às necessidades da Pátria. Medicina lúcida e vigilante, atenta aos problemas nacionais e apta para intervir. Medicina responsável e solucionadora, que não aguarda o chamado da coletividade, mas procura atuar antes desse apelo. Nunca deformada por estreita visão do local em prejuízo do universal; nunca amesquinhada por demagogia ou por interesses pessoais; nunca aviltada por ideologias políticas corruptas e corruptoras.

CREIO na medicina que sendo técnica e conhecimento é também ato de solidariedade e de afeto; que é dádiva não apenas de ciência, mas ainda de tempo e de compreensão; que sabe ouvir com interesse, transmitindo ao enfermo a segurança de que sua narração é recebida como o fato mais importante desse momento. Medicina que é amparo para os que não têm amparo; que é certeza de apoio dentro da desorientação, do pânico ou da revolta que a doença traz.

CREIO na medicina que serve os doentes e nunca se serve deles.

Este credo médico sintetiza alguns dos elementos essenciais da medicina hipocrática de todos os tempos. Como se pode constatar de sua leitura, aí estão sintetizados alguns dos princípios mais importantes dentre os que devem caracterizar a ação técnica, social e humanitária dos médicos. Profissão de fé na medicina que aponta para a intemporalidade da ética médica e para o fato da ética dos médicos integrar a própria estrutura da medicina, tal como idealizada nos últimos vinte e cinco séculos.

## Motivos de existirem médicos

Como dito anteriomente, por que e para que existem médicos? Por que as sociedades investem neles? Por que os médicos devem deter o monopólio da atividade médica? Estas são as principais perguntas embutidas neste item. A vida em sociedade implica em vantagens e desvantagens para os que a experimentam. Os humanos o fazem mais ou menos consciente e voluntariamente, enquanto os demais animais gregários agem movidos por seu repertório instintivo.

Ao menos em princípio, pretende-se que os humanos organizam sua atividade coletiva para melhor atender às suas necessidades e se organizam em comunidades em busca da garantia de satisfação de suas necessidades individuais e sociais, principalmente as de segurança e bem-estar. A busca do bem-estar individual e coletivo é o grande motivo da organização da existência dos indivíduos e das comunidades humanas. Os Estados só existem, com todos os seus defeitos, para prover estas necessidades.

Uma das características de todas as entidades estatais ao longo da história é que algumas atividades laborais são tão importantes para as pessoas que seus agentes devem ser cuidadosamente preparados, legalmente instituídos, adequadamente fiscalizados e, como contrapartida, devem ter o monopólio do seu mercado de trabalho. Assim acontece com todas as profissões. Uma profissão não precisa ter formação universitária nem ser um trabalho liberal. Estes são elementos adicionais de profissionalidade.

> *Por isto, deve-se desmentir quem pretenda que o povo organize os Estados apenas em benefício dos banqueiros. O bem-estar, individual ou social, inclui necessariamente a satisfação das necessidades de saúde e de segurança.*
>
> *A necessidade de evitar as enfermidades e, principalmente, a necessidade de cada pessoa receber tratamento mais adequado no caso de sofrer um ferimento ou de contrair uma enfermidade aparece muito frequente e precocemente na consciência dos*

*indivíduos e das coletividades humanas. Por isso, a seguridade social e a segurança social se misturam de modo indeslindável.*

O monopólio do mercado de trabalho profissional existe em todas as profissões. Esta é uma característica da forma como se organiza o trabalho na sociedade ocidental. Na sociedade dirigida pelas leis do mercado, dirão alguns. O que não é verdadeiro. Em todos os países socialistas reservou-se aos médicos a prerrogativa de diagnosticar e medicar. Da mesma maneira que esta prática é obedecida nos mais liberalistas dos sistemas políticos, econômicos e sociais.

*Como na Inglaterra de madame Tatcher, por exemplo, quando muitas atividades profissionais foram desreguladas. Menos a medicina.*

Os médicos e a medicina terão surgido como agentes do instrumento tecnológico conhecido como mais eficaz para prevenir o aparecimento, combater a evolução das enfermidades e melhorar a condição de vida e bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Porém, não surgiram espontaneamente, existem como ato de vontade e como expressão da necessidade de recuperar a saúde, de ser tratado – se isso se fizer necessário. E isso não se faz sem médicos.

De todas as formas de tecnologia de aplicação individual, aquelas cuja investigação está mais submetida a normas e regras restritivas e sob controle da sociedade são as técnicas relacionadas com a prática da medicina e da investigação médica. Da mesma maneira que é altamente improvável que se encontre alguma outra corporação profissional que puna mais membros seus por imperícia, imprudência, negligência e (coisa quase unicamente médica) por deixar de usar todos os meios ao seu alcance em benefício de seu cliente ou de se aproveitar ou abusar da vulnerabilidade dos doentes ou de seus familiares.

Os médicos existem porque as pessoas e as sociedades necessitam imperiosamente de seu trabalho. E devem ter o monopólio da atividade diagnóstica e terapêutica porque são especificamen-

te preparados para este mister. E porque, se isso não existisse, as pessoas seriam colocadas em risco. Imagine-se que alguém com uma dor na perna, causada por neoplasia, procure o profissional não médico que não seja capaz de identificar essa enfermidade e o trate com meios físicos. A situação de risco e a possibilidade de dano é evidente. Praticamente todas as profissões e atividades laborais existem como resultantes dialéticas que emergem da contradição havida entre as necessidades e as possibilidades das pessoas desejosas de obter um bem ou um serviço, em sua interação com quem pode produzir ou lhe fornecer o objeto de sua necessidade. Nesses casos, considera-se legítimo que o produtor fomente a consciência da necessidade da clientela potencial por meio da propaganda, de modo a vender mais o objeto ou serviço que produz. Menos o médico.

A lei econômica da oferta e da procura deve ser evitada para programar as atividades da medicina, ao menos quando se tratar do trabalho médico individual ou quando o beneficia. Na verdade, não está ao alcance do médico livrar-se da influência da lei econômica da oferta e da procura. Contudo, deve procurar atender à melhor tradição médica multimilenar, que o proíbe de confundir seu trabalho com o comércio. A medicina não deve ser exercida como comércio, um negócio como qualquer outro. A atividade médica sequer deve ser tida como atividade social preferentemente econômica. Seu caráter solidário e humanitário deve se superpor ao técnico-científico e ao mercantil. Por conta da preciosidade de seu objeto, a medicina deve ser uma atividade preferentemente humanitária. Ao menos é isto que a sociedade espera dela.

Toda publicidade feita ou patrocinada por médico ou serviço médico deve ser verdadeira e estar sempre orientada para atender às necessidades de informação da clientela real ou potencial do médico. Deve ser (ou ao menos parecer) altruísta. A publicidade médica não pode faltar com a verdade, nem ser dirigida para destacar o resultado do trabalho individual de um profissional da medicina às custas da desinformação ou da diminuição dos colegas. Dá-se coisa análoga com o interesse a ser atendido prioritariamente

nesta interação. O interesse do médico? Ou o do paciente? Nas demais atividades laborais o prestador do serviço atende primeiro às suas próprias necessidades, e só depois às da clientela. Mesmo as razões mercadológicas (a não ser que sejam muito grandes os interesses) submetem-se àquela consideração. Menos o médico. Este tem o dever funcional de priorizar o interesse do paciente, principalmente nas situações de urgência e emergência. A isto se denomina princípio da abnegação médica. Este princípio ético é um dos valores mais importantes da medicina. Princípio que obriga o médico a privilegiar o interesse de seus pacientes.

Outra coisa importante para se considerar é que os cuidados médicos incluem-se entre os serviços essenciais para as pessoas e para as sociedades, mas a assistência médica não se reduz aos cuidados médicos. Ninguém e nenhuma comunidade pode prescindir deles por muito tempo. Desde sua origem, o exercício das práticas individuais e coletivas envolvidas nas prestação de serviços médicos implica em deveres e responsabilidades peculiares impostas aos seus agentes. Principalmente dos médicos. Ainda que a chamada ética médica tenha induzido o surgimento de normas semelhantes em todas as atividades laborais que nasceram à volta da medicina. Todos os profissionais de saúde deixam de dispor de si mesmos segundo seus interesses; a exemplo dos médicos, devem priorizar o interesse dos doentes sobre os seus próprios. Esta prerrogativa laboral gera responsabilidades proporcionais para a medicina e para os seus agentes. Responsabilidades que nem sempre são bem entendidas por eles mesmos ou pelos outros agentes sociais. A principal responsabilidade do médico frente à sociedade é o dever primário de servir. Não apenas porque é uma atividade econômica que produz serviços. Muito mais que uma atividade econômica de serviço, a medicina é uma atividade a serviço da humanidade. Se deixar de ser (se lhe tirarem isto ou se parecer que a deixou), perderá seu encanto e se reduzirá a um prestador de serviço, um agente econômico comum. O caráter humanitário da medicina precisa estar superposto ao seu caráter econômico. Quando os médicos aceitarem a inversão, estará instituído o mercantilismo como padrão de conduta médica.

A grande desumanização da assistência médica estará decretada quando o médico se considerar um prestador de serviços como os demais. Posta em movimento, findará com o médico equiparado a qualquer outro agente social que troque serviço por dinheiro no mercado. Coisa que, diga-se de passagem, violenta toda a sua tradição, ética, formação histórica e compromisso profissional. Fato que pode estar acontecendo graças à perda da consciência social do caráter especial do exercício da medicina. E que pode ser debitado, principalmente, à contaminação dos médicos pelo mercantilismo, pelo burocratismo e pelo tecnicismo, incutidos pelo espírito egoísta da cultura. Convém ter presente que as condutas sociais dos indivíduos e, principalmente, as atitudes dos médicos para com os deveres que a sociedade lhes atribui, são fatores determinantes do juízo que a sociedade faz sobre eles e como são retribuídos.

> *Caso os médicos se comportem como comerciantes, serão tratados como comerciantes; comportem-se como burocratas e receberão tratamento de burocratas. E assim por diante. Esta é uma lei do convívio social. Uma das mais antigas delas.*

Contudo, a disposição normal dos médicos em relação aos seus pacientes deve ser altruísta e solidária. Sem qualquer discriminação. Assim, pode-se pretender ser impossível, no tempo atual, sequer pensar em assistência à saúde humana sem médicos. Sem agentes sociais especialmente preparados para diagnosticar doenças e tratar ou orientar o tratamento dos doentes. Ou sem que todos esses agentes sejam submetidos a preparação humana e técnica ao menos semelhante.

Sob qualquer ótica em que se avalie a atividade médica, pode-se afirmar que a medicina só existe porque existem médicos; e que só existem médicos porque existem doentes. Os médicos só existem porque há doentes a tratar, doenças a conhecer (para reconhecer, para evitar e para curar) e muitas mazelas humanas a prevenir, muito sofrimento a minorar, muito sofredor a consolar. E isso criou uma demanda específica para algum agente social que conhecesse e diagnosticasse as enfermidades e, assim, pudesse tratar mais adequadamente os enfermos por elas prejudicados.

Mesmo que tenha havido culturas sem médicos (com o sentido de agentes sociais credenciados para diagnosticar enfermidades e tratar enfermos) e antes de existirem médicos, tal como definidos acima, já havia o que se pode chamar de protomédicos. Os agentes sociais que precederam os médicos em seu trabalho, como se pode denominar os xamãs, os feiticeiros, os magos, os sacerdotes e outros muitos tipos de curandeiros que tratavam os doentes empregando os meios ao alcance do saber existente para fazê-lo.

Em geral, recursos empírico-espontâneos e procedimentos mágico-supersticiosos, sem qualquer fundamentação verificável ou verificada. A fé destituída de qualquer verificação minimamente confiável é a grande justificativa dos tratamentos chamados tradicionais. Na avaliação da demanda de serviços médicos, como em qualquer outro tipo de assistência, há que se considerar dois níveis distintos do processamento assistencial: o das necessidades da população e o das possibilidades do mercado.

Todos necessitam cuidados médicos, mas poucos podem pagar pelos serviços que necessitam. Em praticamente todo o mundo, o custo dos cuidados médicos costuma ser bem maior do que as possibilidades financeiras daqueles que deles precisam. Hiato que tende a se ampliar à medida que aumenta a inclusão de tecnologia nestes serviços e, exponencialmente, o custo desta tecnologia. E esse hiato crescente entre as necessidades da sociedade e as possibilidades do mercado estabelece o espaço de grandes e pungentes disputas nessa área de atividade social. Mas este problema é político e não técnico ou administrativo. O problema de regular e fiscalizar a produção de insumos sanitários e sua disponibilidade para a população é de Estado e só pode ser enfrentado (ou desertado) politicamente.

> *A necessidade, diz-se, é a mãe da invenção. Às vezes, o povo fabrica a solução de seus problemas de modo mais ou menos espontâneo. Da mesma maneira que sucede nas diferentes sociedades. Mas isto está sempre subordinado às possibilidades dos recursos disponíveis.*

A injustiça social e seu ponto mais extremo e dramático, a exclusão social, tem sempre uma dimensão sanitária e médica. Como a justiça social e a integração na sociedade. Mas os médicos não são culpados pela injustiça e pela exclusão. Também são vítimas do processo selvagem de exploração econômica. Nas sociedades primitivas, em culturas subdesenvolvidas e nos grupos culturais mais atrasados das sociedades contemporâneas, qualquer pessoa pode se aventurar a tratar os doentes, sem que isso implique em qualquer restrição, controle ou responsabilidade. Só a confiança dos doentes determina sua legitimação. E, em geral, a confiança dos doentes está assentada na "técnica" mais eficaz e efetiva que estiver disponível na sociedade ou, mais especificamente, na subcultura à qual aquele paciente esteja integrado.

Nas culturas (ou subculturas) pouco evoluídas humanística e tecnicamente, o sobrenaturalismo e o empirismo espontâneo assumem a vanguarda da opinião pública. Com todas as consequências que produz. Nestes estamentos primitivos, tais procedimentos sem controle (nem responsabilidade) não costumam ser punidos. Ao contrário, podem ser louvados e estimulados. Basta que o doente acredite, para que o "tratamento" seja tolerado. Não depende de conhecimento especializado comprovado, nem de tecnologia controlada. Principalmente isto, não há qualquer forma de controle da eficácia. Atualmente, tal negligência só é tolerada como parte de um ritual religioso, dentro de certos limites, mas que não envolva recebimento de dinheiro como remuneração direta do trabalho. Já indireta, esta pode se dar.

Nas sociedades em que o trabalho médico não esteja regulado nem fiscalizado, a escolha de quem prestará determinado tratamento médico depende apenas da necessidade do doente, de sua possibilidade de acesso a um serviço que o preste, da confiança e da interação interpessoal que possa construir com quem escolha para ser seu *cuidador* (mesmo que seja o mais incapaz dos curandeiros). A escolha do cuidador torna-se questão de fé por parte do enfermo ou de seus responsáveis. Independe de conhecimento e da preparação de quem o trate. Mas tal situação

depende basicamente da política de saúde implementada pelo Estado.

As parteiras leigas e os curandeiros surgem como respostas acientíficas improvisadas às necessidades do povo destituído de assistência médica adequada. Pois suas ações podem ser melhor (ou menos más) que nada e podem ser muito boas para quem deles necessita. Por isto, os curandeiros só prosperam nos locais desenvolvidos cuidando dos pacientes com enfermidades para as quais a medicina não tem resposta suficiente ou adequada ou onde lhes negam assistência médica. Nesses casos, o poder público pode fabricar (mais ou menos cavilosamente) alguma assistência pobre para os pacientes pobres e a apresentar como sucedânea da assistência médica genuína. Pode até batizá-la assim. Mas, para fazer isto, necessita dourar a pílula, tentando convencer a clientela de que aquela assistência é suficiente e mais indicada para suas necessidades específicas, para suas possibilidades culturais ou, mesmo, que é melhor do que a utilizada pelos outros doentes. Daí, o cultivo das tecnologias terapêuticas chamadas *alternativas* (pseudomedicinas ou técnicas médicas obsoletas) para enganar quem não pode pagar pela medicina, a genuína. O que, há de se convir, só pode nascer na ignorância ou na má-fé.

Ao longo dos séculos, as sociedades humanas têm experimentado diversos instrumentos destinados a substituir os médicos por outros agentes sociais mais ou menos improvisados que realizem ou simulem realizar seu trabalho para tornar menor o custo da assistência à saúde. Pois os médicos ganham mais que eles. O que pode ser feito com a finalidade de enganar as pessoas necessitadas ou no afã de prestar algum tipo de assistência aos enfermos mais carentes de cuidado. Para simular algum tipo de assistência, curandeiros de todos os matizes e todas as qualidades foram cultivados habilitados, credenciados, estimulados ou tolerados, além das diversas tentativas de institucionalização de agentes sociais precariamente preparados para a tarefa (médicos descalços, agentes de saúde, agentes de enfermagem e outros).

*O primeiro momento do engodo consiste em dizê-los equivalentes e, depois, iguais. Que tanto faz um médico como um substituto. Tudo para que a clientela aceite a troca sem grandes protestos. Mas os políticos e gestores procuram médicos de verdade quando deles precisam.*

*Fenômenos deste tipo coincidiram com a invenção da satisfação da clientela como critério único ou mais importante para avaliar a qualidade de um serviço de saúde. Principalmente porque a população desassistida costuma se contentar com o charlatanismo, o curandeirismo, as práticas curativas supersticiosas e outras que tais. Pode ser fácil enganar pessoas pobres, ingênuas, sem instrução. A estas, pode-se convencer que as ervas são melhores que os medicamentos… O que não significa que não possam ser. Mas os autores e patrocinadores destes projetos nunca as empregam em seu tratamento ou de seus familiares.*

Muitas outras tentativas experimentadas representaram um esforço para prestar assistência "médica" de segunda classe para os pobres. Todavia, sempre que as sociedades adquiriram algum grau de desenvolvimento (técnico e, inclusive, ético), dispuseram de recursos suficientes para atender às necessidades sanitárias, passaram a conhecer melhor o organismo, suas enfermidades e seu tratamento, trataram de normatizar a formação dos médicos e disciplinar o exercício da medicina. Cada sociedade cria sua medicina e seu sistema de assistência médica na dependência direta de suas necessidades sanitárias e de suas possibilidades (principalmente econômicas, mas também éticas e culturais).

Acontece que as pessoas das camadas mais pobres da sociedade são as que têm mais carências sanitárias e menos recursos econômicos para supri-las. A pobreza e, sobretudo, a miséria não é fenômeno restrito à economia: abrange as manifestações culturais da vida social. Inclusive, os pobres são os menos dotados de recursos culturais para enfrentar adequadamente sua situação mais vulnerável às enfermidades e menos dotada de possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Por isto, estabelece-se o que já foi chamado ciclo vicioso de pobreza, enfermidade e falta de assistência. Fato-

res que se potencializam e agravam permanentemente os problemas sanitários e sociais em um círculo vicioso aprisionador das pessoas por ele englobadas.

Do ponto de vista dos direitos humanos e, até, da mínima decência que deve presidir as condutas humanas, nenhum gestor de serviços públicos tem o direito de oferecer às pessoas pobres remédios e recursos diagnósticos piores porque se destinam a pobres. Isso configuraria intolerável discriminação que os médicos não devem tolerar e com a qual não podem conviver sem sacrificar todos os seus antigos compromissos com a humanidade. E sem comprometer a imagem de sua profissão, tal como erigida ao longo dos séculos.

Grande parte desses problemas decorre da insuficiência de recursos médicos, da falta de medicina em sentido estrito (como se denomina o cuidado profissional que possibilita alguém a diagnosticar enfermidades, indicar e realizar a terapêutica dos enfermos) e da medicina em sentido lato (entendida como recursos destinados a prestar assistência médica mais eficaz e mais efetiva), de acordo com os cânones científicos. O paradigma social vigente nos países ocidentais aponta para o cuidado com a saúde como responsabilidade do indivíduo que venha a dele necessitar. Ao contrário do que sucedia quando da vigência da doutrina do estado de bem-estar social (da qual os ricos se livraram tão logo se sentiram livres da ameaça socialista).

Da medicina capaz de oferecer a melhor assistência possível para todos em todas as suas necessidades. Nem que seja para curar às vezes, minorar o sofrimento na maior parte dos casos e consolar, sempre. No mundo inteiro, a corporação médica sempre se mobilizou para contribuir com as políticas públicas de saúde. Costuma-se dizer, e é verdadeiro, que não se pode fazer saúde sem médicos. No Brasil, também não se faz saúde sem explorar os médicos; de um modo ou outro, eles financiam a assistência médica do país há mais de vinte anos. Os médicos se orgulham da antiguidade de suas normas éticas e de sua organização e disponibilidade de

servir à humanidade representada por seus pacientes. Não poderão ser inculpados se sua tolerância à exploração chegar ao fim e forem coagidos a resistir. Com os meios ao seu alcance.

Deve-se recordar que a medicina, a jurisprudência e o sacerdócio foram as primeiras profissões instituídas, vários séculos antes das outras atividades laborais, e também as primeiras que tiveram sua formação controlada nas universidades medievais para atender às necessidades sociais. É fácil imaginar que isso teria sido dessa maneira, principalmente para assegurar aos enfermos a serem atendidos o melhor tratamento possível, a melhor possibilidade de receber a melhor terapêutica e os melhores cuidados, de acordo com a evolução do conhecimento em cada época da evolução histórica.

No Egito antigo, nos seus templos, existiam duas instituições religiosas que serviram de matriz para o trabalho médico: a Casa da Morte (onde se embalsamavam os cadáveres, porque se acreditava que isso seria essencial para a ressurreição) e a Casa da Vida (onde os doentes eram tratados na esperança de afastar a morte e prolongar a vida).

Outro documento médico importante para conhecer as raízes da medicina brasileira há de ter sido o testamento de Amato Lusitano, médico português muito importante em seu tempo.

Modelo de consciência profissional foi João Rodrigues de Castelo Branco, conhecido como Amato Lusitano (1511-1568), importante médico judeu português que, apesar de perseguido pela Inquisição, deixou grande fama profissional na Europa. Em uma publicação, apresentou espécie de testamento que mostra a sobrevivência dos valores hipocráticos em sua época e que persiste válido até hoje como diretriz de vida de um médico. Porque as diretrizes de conduta ensinadas no juramento de Hipócrates transcendem em muito os horizontes de sua época e civilização. Pode utilizar-se circunscrever a condição humana investida da identidade médica em sua época.

**Testamento de Amato Lusitano**

"Juro por Deus Todo Poderoso que nunca, em minha prática médica, afastei-me da herança que em boa-fé me foi confiada; que nunca enganei ninguém; que nunca cometi exageros ou deturpações para ganhar mais; não cobicei dinheiro por meus serviços médicos e tratei muitos sem receber e com igual carinho. Altruísta, recusei a remuneração que me era oferecida, preferindo a cura do paciente à sua riqueza. Tratei por igual cristãos, muçulmanos e judeus. A posição social do paciente nunca influiu em minha conduta; tratei todos igualmente. Nunca fiz ninguém adoecer. Sempre disse a verdade. Não favoreci boticário algum, a não ser baseado no caráter e competência. Nas minhas prescrições, agi com moderação. Nunca revelei um segredo que me foi confiado. Nunca ministrei droga venenosa. Não pratiquei abortamentos. Em suma, nada fiz que fosse indigno de um médico honrado e distinto. Fui diligente e jamais abandonei o estudo dos bons autores. Os muitos estudantes que me procuraram foram como filhos para mim; fiz o que estava a meu alcance para treiná-los e para ensinar-lhes a boa conduta. Publiquei meus escritos médicos não por ambição, mas para contribuir, em alguma medida, para melhorar a saúde da humanidade. Deixo a outros decidir se consegui realizar-me; este, ao menos, foi o meu objetivo, o objetivo pelo qual rezei."

## Alguns documentos deontológicos

A medicina possui um rico acervo de documentos deontológicos elaborados ao longo dos séculos, que fixam os deveres dos médicos diante de seus pacientes, colegas e sociedade. Alguns destes documentos foram sendo expostos ao longo deste texto, com a intenção de ilustrar certos momentos.

Aqui se expõem alguns outros, que permitirão ilustrar diversas opiniões postas neste livro com mais ou menos razão.

Inicie-se esta revisão com o juramento de Hipócrates, documento pagão formulado publicamente pelos médicos há vinte e cinco séculos e que serve como diretriz da conduta médica desde então.

**O juramento de Hipócrates**

Juro por Apolo médico, por Esculápio e Higéia e Panacéia e por todos os deuses e deusas, a quem tomo por testemunhas deste juramento, que cumprirei, segundo a minha capacidade e julgamento, com as seguintes cláusulas:

Considerei meu mestre, que me ensinou esta arte, como aos meus pais, vivendo a minha vida em companheirismo com ele, auxiliando-o, partilhando com ele o que possuo; considerarei seus filhos como meus e lhes ensinarei esta arte – se assim o desejarem – sem exigir pagamento ou estabelecer cláusulas contratuais; partilharei os preceitos ou instrução oral e quaisquer outros conhecimentos com os meus filhos e filhos daquele que me instruiu e os alunos que assinaram o compromisso e fizeram o juramento segundo a lei médica, e a mais ninguém.

Aplicarei medidas dietéticas aos doentes segundo a minha capacidade e julgamento e protegê-los-ei do mal e da injustiça.

Nunca ministrarei um remédio letal a ninguém se tal me for pedido, nem nunca farei sugestões nesse sentido. Do mesmo modo, não darei às mulheres drogas para abortarem.

Conduzirei a minha vida e a minha arte com pureza e santidade.

Não usarei a faca, nem mesmo nos que sofrem de pedra, mas deixarei esta tarefa aos que se dedicam a este trabalho.

Seja qual for a casa que visite, irei sempre em benefício dos doentes, mantendo-me livre de qualquer injustiça consciente ou qualquer outro dano, e em particular de relações sexuais seja com mulher, seja com homem, sejam livres ou escravos.

O que vir ou ouvir durante o tratamento, ou mesmo fora do

seu âmbito, em relação à vida dos homens que de forma alguma deve ser divulgado, guardarei só para mim, tendo como vergonhosa a sua menção.

Se eu respeitar este juramento e o não violar, que me seja concedido o gozo da vida e da arte, que seja louvado com fama entre todos os homens nos tempos vindouros; se o desrespeitar e jurar falsamente, que o contrário de tudo isto me seja destinado pela sorte.

Há vinte e cinco séculos, os médicos proclamam seu compromisso com essas normas que os obrigam em seu trabalho e em seu relacionamento com os pacientes. Este juramento sintetizou o primeiro Código de Ética Médica que se conhece na história da civilização. Foi a primeira vez que os médicos proclamaram ante seus contemporâneos os princípios morais e os limites de suas condutas profissionais. A precedência histórica e a validade das normas de conduta ali apontadas serviram de exemplo para todos os outros códigos de conduta profissional que a ele se seguiram. Alguns, milhares de anos depois, mas que ainda inovaram em relação ao que lhes serviu de modelo.

O modelo estrutural da medicina como instituição ainda hoje permanece intacto, independentemente das imensas e numerosas alterações que sofre como técnica e como aparelho econômico; a despeito das imensas mudanças sociais que assistiu na passagem do escravismo para o feudalismo, para o capitalismo primitivo e para o imperialismo. Estabilidade histórica que deve ter algum significado.

Segue-se uma oração da lavra do médico e rabino judeu sefardita, nascido na Ibéria, que passou a vida fugindo da perseguição da inquisição católica, mas que representa melhor o pensamento religioso de sua época. Maimônides foi um dos médicos que contribuiu com o renascimento da medicina na Europa quando surgiram as primeiras facudades ali.

## Oração de Maimônides

(Atribuída a Moisés Maimônides, médico judeu, nascido em Córdoba. Este texto reproduz um manuscrito escrito em hebraico, de um famoso médico judeu do século XII, que trabalhou no Egito. Há quem suponha que teria sido divulgada por um médico alemão, Marcus Herz, que a publicou em 1793 como "Oração diária de um médico antes de visitar seus enfermos").

Deus Todo Poderoso, criaste o corpo humano com infinita sabedoria. Combinaste nele dez mil vezes, dez mil órgãos, que atuam sem cessar e harmoniosamente para preservar o todo em sua beleza: o corpo que envolve a alma imortal. Trabalham continuamente em perfeita ordem, acordo e dependência. Sem embargo, quando a fragilidade da matéria ou as paixões da alma transtornam essa ordem ou interrompem essa harmonia, então umas forças chocam-se com outras e o corpo se desintegra no pó original do qual foi feito. Envias as enfermidades ao homem como benéfico mensageiro que anuncia o perigo que se acerca e lhe urges a que o evite.

Tu bendissestes a terra, as montanhas e as águas com substâncias curativas, que permitem a tuas criaturas aliviar seus sofrimentos e curar suas enfermidades. Dotaste o homem de sabedoria para aliviar a dor de seu irmão, para diagnosticar suas enfermidades, para extrair as substâncias curativas, para descobrir seus efeitos e para prepará-las e aplicá-las como melhor convenha em cada enfermidade. Em tua eterna providência, tu me escolheste para velar sobre a vida e a saúde de tuas criaturas.

Estou agora preparado para dedicar-me aos deveres de minha profissão. Apóia-me, Deus Todo Poderoso, neste grande trabalho para que faça bem às pessoas, pois sem tua ajuda nada do que faça alcançará êxito. Inspira-me um grande amor a minha arte e a tuas criaturas. Não permitas que a sede de ganho ou que a ambição de renome e

admiração ponham a perder meu trabalho, pois são inimigas da verdade e do amor à humanidade e podem desviar-me do nobre dever de atender ao bem-estar de tuas criaturas.

Dá vigor ao meu corpo e a meu espírito, a fim de que estejam sempre dispostos a ajudar com bom ânimo ao pobre e ao rico, ao mau e ao bom, ao inimigo igual que ao amigo. Faz com que no que sofre eu não veja mais que ao homem. Ilumina minha mente para que reconheça o que se apresenta ante meus olhos e para que saiba discernir o que está ausente e oculto. Que não deixe de ver o que é visível, porém não permitas que me arrogue o poder de inventar o que não existe; pois os limites da arte de preservar a vida e a saúde de tuas criaturas são tênues e indefinidos.

Não permitas que me distraia: que nenhum pensamento estranho desvie minha atenção da cabeceira do enfermo ou perturbe minha mente em sua silenciosa deliberação, pois são vastas e complexas as reflexões que se necessitam fazer para não prejudicar a tuas criaturas. Deus Todo Poderoso! Concede-me que meus pacientes tenham confiança em mim e em minha arte e que sigam minhas prescrições e meus conselhos. Afasta de seu lado aos charlatães, à multidão dos parentes operosos e sabichões, gente cruel que com arrogância deita a perder os melhores propósitos de nossa arte e frequentemente levam tuas criaturas à morte. Que os que são mais sábios queiram ajudar-me e me instruam.

Faz com que de coração lhes agradeça sua orientação e ajuda, porque nossa arte é muito extensa. Que sejam os insensatos e os loucos que me censurem. Que o amor à profissão me fortaleça frente a eles. Que eu permaneça firme e que não me importe nem sua idade, sua reputação ou sua posição social, porque se me render a suas críticas poderia prejudicar a tuas criaturas. Enche minha alma de delicadeza e serenidade se algum colega mais velho, orgulhoso de sua maior experiência, queira substituir-me, me despreze ou se negue a ensinar-me. Que não me torne ressentido, porque

sabe coisas que eu ignore. Que sua arrogância não me faça sofrer. Porque mesmo que anciãos, a idade avançada não é dona das paixões. Espero alcançar a velhice nesta terra e estar em tua presença, Senhor Todo Poderoso.

Faz que eu seja modesto em tudo exceto no desejo de conhecer a arte de minha profissão. Não permitas que me ataque a ideia de que já saiba bastante. Pelo contrário, concede-me a força, a alegria e a ambição de saber mais a cada dia. Pois a arte é infindável, e a mente do homem sempre pode crescer. Em tua eterna Providência, me escolheste para velar sobre a vida e a saúde de tuas criaturas. Estou agora preparado para dedicar-me aos deveres de minha profissão. Apoia-me, Deus Todo Poderoso, neste grande trabalho para que faça bem às pessoas, pois sem tua ajuda nada do que faça terá êxito.

O juramento de Maimônides representa a atitude intelectual e ideológica dos povos sob o feudalismo. Sua forma ajustou o compromisso dos médicos à cultura medieval, sobretudo dos povos monoteístas: o Islã, o Cristianismo e o Judaísmo refugando a forma pagã de sua origem.

No entanto, a sociedade prosseguiu em sua evolução e isto impôs aos médicos algumas mudanças em seu desempenho profissional, mesmo respeitando as diretrizes gerais que haviam herdado dos hipocráticos. Uma dessas mudanças há de ter sido seu ajustamento à sociedade leiga. Sem compromisso com uma fé religiosa ou com alguma instituição religiosa. Por isto, a Associação Médica Mundial produziu um novo juramento, cuja forma, ajustada aos novos tempos e às ideologias contemporâneas, deve ser reconhecida como o novo compromisso dos médicos para com a sociedade.

Segue-se a versão atual do juramento de Hipócrates, devidamente ajustado às condições contemporâneas da vida em sociedade e da cultura vivida atualmente.

**Declaração de Genebra.**

**Juramento do médico da Associação Médica Mundial**

No momento de ser admitido como membro da profissão médica:

Juro solenemente consagrar a minha vida ao serviço da humanidade; terei pelos meus mestres o respeito e a gratidão que lhes são devidos;

Exercerei a minha profissão com consciência e dignidade; a saúde do doente será a minha preocupação primordial;

Manterei por todos os meios ao meu alcance a honra e as nobres tradições da profissão médica; os meus colegas serão meus irmãos;

Não permitirei que considerações de índole religiosa, de nacionalidade, raça, partido político ou condição social se interponham entre o meu dever e o doente;

Terei o maior respeito pela vida humana desde o momento da concepção e, mesmo sob ameaça, não usarei os meus conhecimentos médicos de forma contrária às leis da humanidade;

Faço estas promessas solenemente, de livre vontade, e sob compromisso de honra.

A seguir, como ilustração histórica, reproduz-se o juramento que se cobrava dos médicos na União Soviética, país que ao longo de praticamente todo o século XX encarnou um projeto político coletivista, ainda que organizado como uma estrutura oriental de poder. Juramento que conserva o núcleo original do hipocratismo e lhe acrescenta alguns elementos típicos da forma socialista de conviver.

**Juramento dos médicos da União Soviética**

Tendo sido chamado à elevada missão de médico e ao entrar na profissão médica, juro solenemente:

Dedicar todos os meus conhecimentos e forças à preservação e melhoramento da saúde do Homem, à cura e prevenção das doenças e trabalhar conscienciosamente onde quer que os interesses da sociedade o requeira;

Estar sempre disponível para prestar assistência médica, ser atencioso, ter cuidado com o doente e manter o sigilo médico;

Aperfeiçoar continuamente os meus serviços médicos e a minha técnica e desenvolver com o meu trabalho a prática e a ciência médica;

Recorrer, se o interesse do doente assim o exigir, aos conselhos dos meus colegas de profissão e nunca lhes negar conselhos e ajuda;

Preservar e promover as nobres tradições da nossa medicina nacional, deixar-me guiar pelos princípios da moral comunista, ter sempre presente a elevada missão do médico soviético e a minha responsabilidade para com o povo do Estado soviético;

Juro ser fiel a este juramento para o resto da vida.

Como contrapartida histórica, segue-se a Declaração de Princípios da Associação Médica Americana, do país que confrontou política e economicamente com a União Soviética, encarnando o modelo vivo da organização política individualista e capitalista.

**Princípios de Ética Médica da Associação Médica Americana**

Preâmbulo: a profissão médica tem-se comprometido, desde há muito, a respeitar uma série de princípios éticos que visam, sobretudo, ao bem-estar do doente. Como membro desta profissão, o médico tem que se responsabilizar não só perante o doente, mas também perante a sociedade, outros profissionais de saúde e perante ele próprio. Os princípios a seguir enunciados, adaptados pela Associação Médica Americana, não são leis, mas regras de conduta que definem pontos essenciais de um comportamento honroso do médico:

O médico tem que se comprometer a prestar cuidados médicos competentes, com compaixão e respeito pela dignidade humana.

O médico lidará honestamente com os doentes e colegas, e esforçar-se-á por denunciar os médicos culpados de falta de idoneidade, de incompetência, fraude ou ilegalidade.

O médico deverá respeitar a lei e também assumir a sua responsabilidade na luta por uma mudança das disposições que são contrárias aos melhores interesses do doente.

O médico deverá respeitar os direitos dos doentes, colegas e outros profissionais de saúde e salvaguardar as confidências dos doentes dentro dos limites da lei.

O médico deverá continuar a estudar, aplicar e desenvolver o conhecimento científico, colocar informações relevantes à disposição dos doentes, colegas e do público em geral, procurar os conselhos e usar o talento dos outros profissionais de saúde sempre que necessário.

O médico deve, se existirem condições de assistência adequadas, com exceção das emergências, ser livre de escolher quem atende, com quem se associa e o meio em que dispensa os cuidados médicos.

O médico deve assumir a sua responsabilidade na participação em atividades que contribuam para o desenvolvimento da comunidade.

# 3. Objeto, objetivos, metas e funções do trabalho médico

Estes três termos – objeto, objetivo e objetividade – são tão essenciais para o entendimento das dimensões científica e social das profissões quanto para sua caracterização como material de estudo. Tal fato ocorre porque o objeto de uma profissão é o mesmo da ciência na qual ela está fundamentada. A medicina não constitui exceção a esta regra geral da ciência e das aplicações científicas. Por isso, deve-se procurar estabelecer o significado de cada um destes conceitos, aplicando-os à medicina e ao conhecimento médico. Estes princípios metodológicos da investigação científica foram comunicados às profissões geradas na ciência. Hoje, as exigências de objeto definido, previsão dos objetivos e possibilidade objetiva de estudo e de intervenção caracterizam todas as profissões técnicas. Não se deve esquecer que as profissões, como as disciplinas científicas, se definem sempre por seu objeto; nunca pelo método ou outra característica qualquer.

Neste momento, surge mais um conceito para dificultar o entendimento. O conceito de objetividade que se antepõe ao de subjetividade. Pode-se dizer que existe um mundo objetivo, que é o da realidade objetiva, que tem existência objetiva e que a consciência (ou atividade mental, com o sentido de síntese da subjetividade, da consciência, da atividade psicológica), de certa maneira, o reflete ou o representa interiormente. Devendo-se destacar a influência da capacidade do enunciado verbal, a palavra ou conjunto de palavras, que são, simultaneamente, símbolo da ideia e do objeto, como elemento material intermediador dessa relação.

Deste ponto de vista, portanto, a consciência (com sentido ampliado de subjetividade, de mundo interior do sujeito, de conteúdo da mente ou do psiquismo) deve ser considerada como secundária em relação ao mundo objetivo, o mundo da realidade, o mundo exterior à consciência do sujeito. Mundo que inclui o cérebro do qual emerge aquela consciência.

A existência determina a consciência, costuma-se dizer sinteticamente para mencionar fatos deste tipo.

*Pode parecer incrível para muitos, mas a origem da maior parte das divergências sobre o patológico e o não patológico deve ser buscada no campo mercadológico, ideológico e psicológico, mais que nos dados lógicos, nas diferenças doutrinárias ou nas dificuldades científicas. Talvez por isto, o conflito motivador real, subjacente à discussão sobre a normalidade e a patologia, raramente venha à luz dos argumentos ou da exposição, permanecendo oculto para quem não o saiba reconhecer nas entrelinhas.*

*O estudo das profissões deve considerar os aspectos objetivos e subjetivos de sua emergência e de seu desenvolvimento. Tanto como fenômenos sociais objetivos como nas palavras pelas quais estes fenômenos se expressam.*

Todos os comportamentos humanos têm uma dimensão subjetiva (da mente ou do psiquismo) e outra objetiva (quando acontece na conduta manifesta). Quando estudadas, cada uma dessas dimensões pode ser considerada, separada ou integradamente. Mas, como experiência pessoal, não existem apartadas. Cada um sente seus desejos e sua realização como uma unidade.

*Os positivistas tendem a ignorar a dimensão subjetiva; enquanto os epistemólogos idealistas ignoram a face objetiva.*

*A melhor posição doutrinária parece ser a que integra ambas as dimensões em busca de uma síntese delas.*

Toda atividade voluntária é precedida de um projeto subjetivo (nos dois sentidos do termo, atividade mental e sujeiticidade) que a determina e a modula. Podendo-se dizer que toda atividade voluntária constitui a execução de um projeto subjetivo. Os comportamentos humanos podem ser caracterizados como fenômenos simultaneamente biológicos, psicológicos e sociais (econômicos, políticos, históricos e culturais). Por isto, têm caráter ideológico e sua interpretação se faz muito diferentemente dos fenômenos naturais. Então, sua avaliação, mesmo em termos da saúde e pa-

tologia, não pode ser feita sem a influência (mais ou menos poderosa) da utilidade que lhes empreste a sociedade e sem que se considere seu valor cultural intrínseco e o significado dos valores éticos, estéticos e políticos (no sentido mais amplo da expressão, como valores civis) que mobilizem. Por essa razão, neste contexto específico emprega-se o termo comportamento unicamente para designar atividades de seres humanos, enquanto o termo conduta pode referir os aspectos objetivos da atividade de homens e de animais.

Quando se menciona um fato objetivo, essa referência diz respeito a algo que se passa no espaço exterior em relação à consciência dessa pessoa que a produz e experimenta. Que independe desse sujeito, de sua consciência, de sua vontade; que não necessita dele para existir. Os fenômenos subjetivos independem do sujeito.

> *Quando se faz referência a uma experiência subjetiva, pretende-se falar sobre o que se processa na consciência da pessoa: um pensamento, um desejo, uma tendência, uma emoção, uma fantasia, uma lembrança. Algo que depende de um sujeito para existir.*
>
> *Embora não se possa negar a realidade de manifestações subjetivas nos animais, mesmo nos mais elementares, não se costuma mencionar isto pela impossibilidade completa de estudar objetivamente estes fenômenos. Os componentes subjetivos podem ser conscientes e inconscientes.*

Grande parte dos componentes subjetivos, conscientes e inconscientes das pessoas, traduzem sua luta pela vida, a luta para satisfazer suas necessidades individuais e sociais. Enfim, tudo o que possa constituir um motivo para a ação se expressa como necessidade. E como motivo para toda atividade resultante, seja objetiva ou subjetiva.

> *Convém ter presente que o termo objetivo pode ser usado com dois sentidos: como oposto de subjetivo (tal como definido acima) e como propósito, um alvo a atingir.*

A psicologia clássica, desde Sócrates e, principalmente, Platão, foi formulada como sendo uma doutrina essencialmente subjetivista, subestimando a objetividade como instrumento e requisito essencial para o conhecimento científico do mundo. Esta tendência subjetivista foi muito acentuada com o predomínio dos escolásticos medievais e das crenças religiosas pseudorrealistas que cultivaram – assim chamadas porque acreditavam na realidade dos atributos abstratos das coisas materiais e imaginárias, como brancura, divindade. Por isto, se diferenciam dos materialistas ontológicos. Mais tarde, no Iluminismo e no Romantismo, conservou essa característica que se denomina racionalista; porque recorria exclusivamente à razão para conhecer, subestimando ou negando valor à experiência ou às sensações, opondo-se ao reducionismo sensualista e ao empiricismo.

No século XIX, com o grande desenvolvimento das ciências naturais, surgiu uma corrente do pensamento – o positivismo – que se constituiu na mais vigorosa antagonista do subjetivismo, por se opor ao racionalismo reinante. Ainda que tal reação tenha incorrido no defeito oposto: o empiricismo, que ignora ou subestima a razão na concepção do mundo e do homem. Inclusive, na concepção e no estudo do homem enfermo e da enfermidade humana.

O enfoque positivista mais estrito é radicalmente objetivista (e cada vez mais raro, felizmente, diga-se de passagem), tal como sucede com algumas outras ideologias e crenças muito disseminadas na cultura, nega importância a qualquer manifestação da introspeção e da realidade subjetiva no conhecimento do mundo. Ao recusar qualquer valor às manifestações subjetivas, enquanto instrumentos de conhecimento científico, limitou o alcance de suas possibilidades de conhecer e caiu em um desvio metodológico que pode ser denominado de objetivista.

Diversas correntes do conhecimento psicológico e psicopatológico pretendem-se objetivas só porque priorizam objetividade e dão precedência temporal ao objetivo frente ao subjetivo. Mesmo quando ignoram (ou fazem por ignorar) os mecanismos es-

senciais destes procedimentos cognitivos. No entanto, quando minimizam ou negam os procedimentos subjetivos, passam a ser objetivistas. A melhor doutrina psicológica é aquela que defende que o psiquismo não se destina a separar o interior do exterior, o mundo interno do externo, nem se constitui em realidade independente da realidade interna e externa; mas que se destina, sobretudo, a estabelecer a ligação da realidade interna com a externa, em permanente interação.

> *O objetivismo e o subjetivismo são reducionismos gnosiológicos extremados que não permitem conhecer o mundo e estorvam alguma intervenção deliberada que se pretenda fazer sobre ele. As influências subjetivas na intervenção técnica em geral são aquelas que ocasionam condutas determinadas pelas opiniões ou pela afetividade do agente.*
>
> *A gnosiologia (também pode ser grafado gnoseologia em português, teoria do conhecimento ou epistemologia, palavra proveniente do grego* gnosis = *conhecimento e* logos = *razão explicativa, estudo, discurso inteligente) é o ramo da filosofia que estuda os mecanismos do conhecimento e compara seu resultado com o da capacidade humana para conhecer.*

## O objeto

Já se viu que a medicina, como qualquer outra atividade profissional, é uma atividade com dois sujeitos e um objeto: o sujeito-médico, o agente que executa a ação; o sujeito-paciente, que solicita e autoriza a ação profissional; e o objeto, que é o ato médico praticado. O procedimento profissional praticado pelo médico por solicitação do paciente, após ter sido adequadamente esclarecido sobre suas possibilidades, riscos e limites. Sempre que houver risco, esse procedimento deve ser formalmente autorizado pelo paciente.

A caracterização das ciências e das profissões é tarefa cognitiva ontológica. Isto é, ocorre em função de seus objetos e não de seus métodos, propósitos ou outras qualidades quaisquer. Há muito,

sabe-se que as ciências e as profissões que elas fundamentam devem ser caracterizadas por seu objeto. Que, nas ciências, este objeto é definido como ideias (as ciências ideais ou formais) e fatos sobre objetos materiais (as ciências factuais).

Nas profissões, como nas disciplinas científicas, seus objetos devem existir objetivamente e serem passíveis de intervenção objetiva tanto na investigação quanto na técnica. Isto é, para serem conhecidas e para que alguém trabalhe nelas, não se lhes deve exigir dom especial ou preparação secreta ou misteriosa. E, tal qual sucede com as ciências, as profissões também perseguem determinados objetivos e esta é a práxis operativa de seus praticantes. Pode-se ter como verdade que os objetivos de uma profissão (para que existe) devem ser decorrentes de seu objeto (o que ela é) e dos motivos (porque ela existe) de sua existência. Objeto, objetivos e motivos configuram um amálgama que conforma toda e qualquer atividade. Específica e especialmente, as atividades científicas e laborais. O objeto de uma ciência pode ser constituído por objetos materiais ou fatos concretos, entidades objetivas, como a terra (a geografia) ou os seres vivos (a biologia), ou por objetos chamados ideais (ideias, abstrações), entidades subjetivas como a matemática, a filosofia, a lógica, a ética.

## Objetivos do trabalho médico

Para conhecer um mecanismo qualquer, mesmo que se trate de um artefato social e técnico, como é a medicina, deve-se procurar saber o mais que se possa acerca dos propósitos específicos para os quais ele foi construído. Isto é, quais são os objetivos daquele mecanismo ou daquele construto. No caso da medicina, deve-se procurar saber qual a sua serventia principal, para que teria sido construída pelas sociedades humanas. O que os médicos devem fazer porque são médicos e, simultaneamente, aquilo que os faz médicos. Porque, dialeticamente, a medicina faz o médico, assim como o médico faz a medicina. Esta interação dialética entre a coisa feita e quem a faz é um dos elementos mais interessantes

do entendimento da atividade voluntária, marca essencial da humanidade.

A caracterização de uma entidade social, principalmente a definição de uma entidade institucional, depende da natureza de seu objeto, de seus fatores motivadores e de seus propósitos (seus objetivos, que incluem sua missão institucional).

Diferentemente de sua significação como adjetivo, a palavra *objetivo* também pode ser usada como substantivo para designar o alvo, o escopo, a finalidade, o fim, algo que se pretende alcançar com uma ação ou com uma atividade. O objetivo de uma ação. Neste sentido particular, o que é designado como *objetivo geral* pode ser subdividido em *objetivos específicos*. O que é muito comum nos exercícios de planejamento e nos projetos de atividades sistemáticas. Aí, as *metas* são fenômenos ou etapas os mais quantificáveis de um processo dirigido para um objetivo e que podem indicar o atingimento de um objetivo específico ou escalões intermediários definidos no processo de se aproximar de um determinado objetivo.

Repita-se que um dos aspectos mais importantes que pode ser identificado na medicina, considerada do ponto de vista da sociedade, é o seu caráter institucional. De fato, do ponto de vista da sociedade este caráter suplanta a todos os outros, quer coletivos ou individuais. Por isto, deve-se distinguir, dentre os objetivos possíveis para existirem a medicina e os médicos, quais seriam aqueles que pudessem ser denominados seus objetivos institucionais.

> *As instituições sociais existem para atender a demandas legitimamente consideradas como essenciais das sociedades humanas mais ou menos organizadas. Em geral, são organizações sociais impregnadas de ideologia, além de utilidade. Pois costumam deter objetivos explicitados e inconfessados. Principalmente nos Estados autoritários e totalitários. Mas, mesmo fora destes, as instituições erigem e/ou fazem funcionar organizações inteiramente estranhas aos objetivos institucionais que são apresentadas como se lhes pertencessem.*

> *Além disto, muitas entidades sociais, que não são nem compõem instituições ou são apenas agências ou estabelecimentos instituídos, são apresentadas como se fossem, por causa do prestígio deste nome. Principalmente na cultura brasileira, fascinada por eufemismos.*

Quando se avalia do ponto de vista da sociedade, o caráter institucional suplanta a todos os outros aspectos coletivos e mais os individuais. A medicina é uma importante instituição social. E os médicos são os agentes institucionais encarregados de cumprirem a missão e realizarem os objetivos institucionais, os hospitais e os demais estabelecimentos de assistência à saúde.

Esta noção se mostra bastante importante porque deve existir inteira concordância entre a missão e os objetivos da profissão com os da instituição em que ela se apoia como experiência social. A missão institucional da medicina obriga os médicos a perseguirem determinados objetivos institucionais próprios e típicos da profissão médica. A natureza destes seus objetivos integra a sua identidade profissional e influi na conduta de seus praticantes. E quando o médico perde a consciência dos objetivos da medicina, sua conduta profissional fica muito vulnerável a numerosos descaminhos. O mesmo sucede quando perde a consciência do objetivo de cada procedimento que executa.

Para muitos, como sucedeu em diversas oportunidades antes de Hipócrates, o objetivo da medicina era dirigido para prolongar a vida a qualquer custo. Os hipocráticos incluíram um novo critério: desde que a enfermidade fosse tratável e a condição possibilitasse a pessoa viver uma vida decorosa. Hoje, verificando-se a impropriedade dessa pretensão, tratou-se de substituir este propósito pela prevenção de mortes evitáveis, voltando-se à proposição hipocrática de conservar a vida digna de ser vivida. A vida decorosa. Isto é, com o mínimo de qualidade. Vida que mereça ser vivida por uma pessoa.

Como instituição social, a medicina foi estruturada e se estruturou com o objetivo de prevenir, diagnosticar e de curar as enfermida-

des humanas, além de evitar as mortes evitáveis, sempre que isto for possível; e de minorar seus efeitos daninhos quando a primeira alternativa for inalcançável. Em resumo, a medicina é um dos instrumentos técnicos e sociais mais eficazes construídos pelos seres humanos em sua busca da felicidade e prolongamento da existência.

> *A medicina-profissão está contida na medicina-instituição (assim como a medicina-ciência, a medicina-agência de controle social, a medicina-atividade-mercantil também estão situadas ali. Pois, a medicina-instituição alberga, além da medicina-profissão, todas as entidades sociais e agentes sociais destinados a obter, a complementar e aperfeiçoar o conhecimento médico. A assistência médica alberga, inclusive, o trabalho de muitos profissionais não médicos, sem os quais sua atividade ficaria impossibilitada e os pacientes, gravemente prejudicados.*
>
> *Como os profissionais da enfermagem, por exemplo, porque são os que mais se destacam nessa assistência, além dos médicos. Isto porque a instituição médica, com seu sentido mais amplo, se confunde com a assistência médica em todas as suas expressões.*
>
> *No entanto, impõe-se a distinção entre a instituição, suas agências e seus agentes institucionais. Os estabelecimentos (ou organização instituída) e os indivíduos que executam a atividade institucional. A família é uma importante instituição, mas cada família, por si mesma, é apenas um grupo social. O mesmo com a medicina-instituição e um hospital (agência ou estabelecimento institucional) e um médico (agente institucional).*

Contudo, nas instituições médicas há agentes sócio-institucionais não médicos indispensáveis aos seus objetivos, sem as quais elas não podem funcionar plenamente. Por exemplo, na mais típica de todas as entidades institucionais médicas: no hospital, matriz e fator de desenvolvimento da clínica, convivem agentes profissionais de outras profissões e entidades sociais dependentes da instituição médica para existir. Por isto, são chamadas paramédicas e paramédicos. Menos porque estão ao lado dos médicos, mas porque coexistem com eles na instituição médica.

*Talvez por desconhecer isto, não se denomine ao médico que trabalha em uma clínica psicológica ou numa escola como parapsicólogo (até porque esta designação já foi ocupada por mais espertos) ou parapedagogo. Ou porque se ambicione compartilhar com os médicos o patronato das instituições médicas. Em qualquer caso, a atividade, profissional ou não, desenvolvida em uma instituição médica pode ser chamada paramédica, sem desdouro. Porque a identidade institucional ultrapassa o alcance da identidade profissional individual. E o conceito de assistência médica abrange atividades bem mais numerosas do que a medicina-profissão e, até, as profissões de saúde.*

Como instituição social de cuidado com os doentes, a medicina foi estruturada e se organizou em todo o mundo e ao longo de mais de trinta séculos com os objetivos de:

• prevenir, diagnosticar e suprimir as enfermidades humanas, além de adiar as mortes evitáveis, sempre que possível;

• minorar os efeitos daninhos das condições patogênicas quando a primeira alternativa for inalcançável;

• ajudar o enfermo em sua tribulação, consolando-o para que enfrente seu destino da melhor maneira possível.

Em resumo, a medicina é um instrumento de bem-estar dos mais antigos e eficazes na busca da felicidade e prolongamento da existência humana. Constitui, mesmo, um dos esteios da cultura de bem-estar e de estímulo à busca da felicidade por pessoas e grupos sociais.

Como instrumentos técnicos para atingir seus grandes objetivos institucionais, se atribui aos médicos, os agentes profissionais da medicina, alguns instrumentos que podem ser considerados como seus recursos instrumentais mais importantes, que são diagnosticar as enfermidades e tratar os enfermos. Todos os demais decorrem destes. Direta ou indiretamente. A tal ponto estes recursos técnicos tiveram ampliada sua importância que findaram

por se confundir com os objetivos gerais da medicina que instrumentalizaram.

Em um plano mais específico, com o objetivo de sistematizar a matéria deste estudo, pode-se pretender que a medicina, entendida como corporação profissional dos médicos, como um conjunto de conhecimentos científicos aplicados e como instituição social sanitária (a primeira e a mais característica delas), está dirigida para os seguintes objetivos essenciais, que podem ser considerados como os mais específicos:

- o manejo das condições de saúde em indivíduos e coletividades;
- diagnosticar as enfermidades e prognosticar sua evolução;
- indicar o tratamento das enfermidades nos enfermos;
- programar e executar procedimentos dirigidos para o fomento do bem-estar humano, a conservação da saúde e a profilaxia das enfermidades nos seres humanos;
- indicar e realizar medidas para reabilitar as funções prejudicadas afetas por algum estado de enfermidade;
- indicar e executar as medidas para aliviar o sofrimento dos enfermos e consolá-los em suas necessidades;
- executar os procedimentos tecnoprofissionais relacionados com os anteriores, dentre os quais se destacam: ensino, direção, coordenação, supervisão, avaliação, perícia, auditoria de estabelecimentos médicos e atividades específicas desses profissionais.

A medicina, corporação profissional incumbida dos assuntos relacionados com o diagnóstico dos enfermos e a indicação terapêutica das enfermidades, existe assim em quase todo o mundo e

se confunde com a instituição médica. Embora esta última tenha alcance bem maior que a corporação. Até porque envolve muitos agentes de outras entidades corporativas. Quando se trata de agências institucionais, importa distinguir os objetivos reais dos apenas nominais.

Os objetivos reais de uma instituição social (porque existem objetivos, institucionais ou outros, que se mostram apenas nominais na prática social concreta de alguns de seus estabelecimentos) exercem influência decisiva em sua identidade, podendo ser confundidos com ela. O primeiro objetivo da instituição médica consiste em reconhecer os estados patológicos, isto é, promover o diagnóstico das enfermidades;  o seu segundo objetivo é prover aos pacientes o necessário tratamento para neles remover ou reduzir os danos das afecções patológicas. Aliás, é o contato institucional do *enfermo* com a instituição médica que o transforma em *paciente*. Uma pessoa a ser tratada, uma pessoa enferma cujo estado requer cuidado profissional especializado e recursos adequados para responder a sua situação.

O paciente, portanto, é mais que um enfermo. É uma pessoa enferma em tratamento, com o direito de ser respeitado e adequadamente tratado.

Na medicina coexistem diversas identidades sócio-institucionais, das quais se destacam: a identidade socioeconômico-laboral, a sociocultural-humanitária e a técnico-científica, mas a identidade humanitária deve preponderar sobre as outras duas. Invariavelmente, deve-se sempre repetir.

A vertente técnica e científica da medicina será considerada neste estudo quando se tratar da instituição científica que ela representa; ainda que as demais também sejam levadas em conta, ao menos de passagem. Até porque todas as identidades da medicina se superpõem, se misturam na atividade prática de indivíduos e coletividades, sendo bastante comum que não possam ser diferenciadas naquelas situações concretas, senão por um exercício lógico de abstrair e concretizar conceitos.

Todas as culturas reconhecem a medicina como ocupação especial com grande responsabilidade social. Todas a reconhecem como prática social humana valiosa e aplicação científica com significativo compromisso ético, o que a situa como atividade profissional responsável e atividade científica acreditada cujos objetivos devem ser mais importantes que os objetivos individuais de seus agentes.

Grande parte do crédito social da medicina decorre da conduta de seus profissionais considerados individualmente; mas, ao menos em parte, há de resultar do reconhecimento público da importância de seus objetivos institucionais. E de sua eficácia em alcançá-los. Provavelmente por isso, existe muito mais gente pretendendo ser médico do que aqueles que conseguem este objetivo e conquistam esse lugar com esforço e alguma sorte.

> *O acesso ao curso de medicina exige a presença de possibilidades objetivas e subjetivas. Subjetivamente, o candidato necessita dispor das aptidões mínimas necessárias para praticar a medicina, inclusive o conhecimento e a capacidade intelectual. Objetivamente, necessita desfrutar condições materiais que lhe permitam estudar no curso médico. Curso de tempo integral, altamente competitivo e, por isto, bastante disputado. Acontece que esta disputa não é justa. Beneficia os mais ricos.*
>
> *Quando as escolas públicas eram predominantes, já era difícil para os pobres ingressarem nelas. Nas escolas privadas, ficou impossível. Caso persista o quadro atual, as escolas públicas de nível superior só serão acessíveis aos pobres quando tiverem seguido o que aconteceu às escolas primárias e médias. Quando estiverem inservíveis. Com a deterioração da escola pública e o predomínio das escolas privadas, sobretudo dos cursos preparatórios para os exames de seleção, isto ficou impossível. Porque as empresas privadas que funcionam como escolas, mesmo as de medicina, estão dirigidas para o mercado de estudantes e pela lógica dos lucros. Aos seus dirigentes, com raríssimas exceções, o interesse social interessa muito pouco.*
>
> *Entretanto, esta injustiça não é algo típico da medicina. Manifesta-se mais ou menos gritantemente em todos os aspectos*

*da vida social. Por outro lado, não basta ser rico ou cursar boas escolas para ingressar em uma escola médica eficaz e graduar-se sem grande esforço. Mas isso ajuda a explicar porque tantos preferem seguir algum atalho ou facilitário para conseguir tal objetivo.*

Diferentemente da maioria das outras entidades sociais, a missão de uma instituição não é determinada principalmente pelos propósitos ou interesses de seus componentes. A missão de uma instituição social flui do interesse da sociedade. Seus agentes apenas aderem a ela. Isto parece essencial para entender o caráter especial das instituições médicas e das exigências a que seus agentes, os médicos, estão sujeitos. A missão institucional da medicina obriga os médicos, que são os seus agentes, a perseguirem determinados objetivos institucionais que devem ser considerados próprios e típicos da profissão médica.

A natureza destes seus objetivos integra a sua identidade profissional e influi na conduta de seus praticantes. Os objetivos gerais das instituições se decompõem nos objetivos específicos de suas agências ou estabelecimentos institucionais. Tais objetivos específicos se confundem com as missões específicas das agentes e das agências institucionais incumbidas de atingir aquelas metas. Por tudo isto, é superlativamente importante que os operadores de cada estabelecimento médico tenham a exata consciência de sua missão institucional particular, além da missão geral da instituição que integram.

Os principais estabelecimentos institucionais da medicina são os hospitais (gerais e especializados), os consultórios, as policlínicas, além de diversos tipos de serviços médicos especializados. Mas, na instituição médica há organizações sociais não médicas que se mostram indispensáveis aos seus objetivos, sem as quais ela não pode funcionar plenamente.

Em toda trajetória histórica, todas as culturas reconheceram a medicina como atividade laboriosa especial, uma ocupação diferenciada. Porque é tida como ocupação especial do ponto de vista de

sua importância social e de sua dignidade como artefato da cultura. Uma ocupação especial porque se fez credora de responsabilidade social relativamente grande por conta de seu objeto. Todas a reconhecem como prática social humana valiosa e aplicação científica que necessita ser praticada com significativo compromisso ético frente à comunidade. Fato que a situa como atividade profissional responsável e atividade científica acreditada por si mesmo. Os médicos gostam de supor que grande parte desse crédito social desfrutado pela medicina decorre da conduta de seus profissionais considerados individualmente; mas, ao menos em parte, há de resultar do reconhecimento público da importância de seus objetivos institucionais. E de sua eficácia em alcançá-los. Provavelmente por isso, existe muito mais gente pretendendo ser médico do que aqueles que conseguem conquistar esse lugar disputadíssimo com seu esforço e alguma sorte, deve-se reconhecer.

O que não se pode negar é que há muita gente que deseja e tenta se fazer médico do que aqueles que obtêm este lugar pela via direta, legal e legítima. Nem se pode negar que, em condições normais, esta conquista, tornar-se médico, deve estar baseada no mérito e no esforço dos quem conseguem atingir o objetivo. A sociedade tem o direito de ter os melhores médicos que puder formar. O que, seguramente, não acontecerá caso se incumba exclusivamente o mercado desta tarefa. O Estado não pode nem deve ser afastado de tal responsabilidade.

> *O Ministério da Educação exige uma certa quota de professores doutores para reconhecer uma universidade. Uma vez reconhecida, demite a maior parte deles. E ninguém sofre um Padre-Nosso de penitência. Tudo prossegue como se isto fosse normal, legal e moral. Mas este é um retrato da moral do mercado, a quem se pretende entregar o controle da sociedade...*

Em todas as culturas a assistência médica existe para atender os doentes e evitar as doenças e os médicos existem a serviço dos doentes. Mas a medicina existe também, como acontece às outras atividades laborais, para atender às necessidades dos médicos e demais agentes da saúde, que dela tiram seu sustento e dela

sobrevivem. Deve-se insistir que isso não pode ser considerado específico da medicina, porque ocorre mais ou menos da mesma maneira em todas as atividades laboriosas, e notadamente nas profissões. Só que na maioria das outras o objeto prioritário é o próprio agente profissional e não seu cliente. Na medicina é assim e deve mesmo ser diferente.

## O dever de abnegação e o compromisso com a humanidade

Para os médicos, conforme a expectativa social e a antiga tradição hipocrática, a prioridade deve ser do paciente. Sempre. A prioridade devida ao doente decorre de sua particular vulnerabilidade. Esta terá sido uma das principais razões (senão a única) pelas quais o cliente do médico se transformou em paciente. Esta norma essencial da medicina é um dos fatores mais importantes de sua humanização. Por consequência, sua falta resulta em sua desumanização. A desumanização do trabalho médico se dá sempre que o médico persegue prioritariamente outro objetivo que não o benefício do doente – em última análise, a finalidade mais importante da medicina. O que costuma ocorrer por três caminhos mais comuns: o tecnicismo, o mercenarismo, o burocratismo. Em qualquer um ou em todos eles.

Em todos estes casos, o problema acontece porque o médico coloca seu interesse – quer material, social ou psicológico – acima do interesse de seu paciente. E faz dele um objeto que utiliza para a própria satisfação. Reifica-o (do lat. *Reires* = coisa). Usa-o como se fosse uma coisa, um objeto a serviço dos seus próprios interesses. O que também se denomina manipulação de uma pessoa. O que os kantianos têm como importante indício de desumanização. Porquanto os seres humanos sempre devem ser fim, nunca meio para obter alguma coisa.

O dever de abnegação do médico ao seu paciente se inicia com o compromisso médico de respeitar as pessoas e, dentre elas, no-

tadamente seus pacientes e familiares. Os compromissos de abnegação e respeito pelo paciente têm sido impostos aos clínicos pela tradição médica de todos os tempos e lugares. Tais compromissos implicam em numerosas responsabilidades que não podem ser ignoradas nem sequer descuradas. Absolutamente. Por isso, transformar o paciente em *usuário* ou *cliente* representa um retrocesso profissional e ético mais que um modismo verbal. E é também por isto que quando um médico passa a colocar seus interesses acima do seu dever com a saúde do paciente, tal conduta deve ser considerada como um descaminho profissional que findará, mais cedo ou mais tarde, por ocasionar uma sequência de infrações éticas. Uma das mais penosas atividades laborais, os plantões, só existem para assegurar estes direitos aos pacientes. Clientes e usuários são credores de respeito, perícia, prudência e diligência. Mas não de empenho, abnegação e dedicação. Estas qualidades são privilégio dos pacientes.

Ao se transformar em paciente na consciência profissional do seu cuidador e na consciência social, o cliente (ou o usuário) conquista o direito não só de esperar, mas de ser credor do compromisso de lealdade prioritária por parte do seu médico. Direito do paciente que se fez um dever do médico. Direito e dever que se sintetizam em compromissos e condutas comprometidas deles decorrentes. Todos os demais direitos do paciente frente ao seu médico decorrem do direito que ele tem à lealdade deste.

> *Pode parecer curioso que esta conquista, o cliente tornar-se paciente, esteja sendo contestada por figurantes políticos e sociais que se pretendem progressistas. Sem conhecer História – o que é óbvio – e muito provavelmente sem saber o que é progresso. A expressão cliente guarda um travo mercantilista desde sua origem na Roma antiga; enquanto usuário conduz sua marca burocratista.*
>
> *De onde vem a expressão clientelismo, essa abominável perversão política que se manifesta pelo apoio incondicional e constante de um grupo mais ou menos numeroso de eleitores-clientes subvencionados por seus patronos. Subvencionados*

> *com os próprios recursos de seus patronos ou, o que é bem mais comum, subvencionados com dinheiro surrupiado dos cofres públicos.*

O altruísmo, a solidariedade e o humanitarismo são deveres do médico para com as pessoas, sejam seus pacientes ou não. O compromisso humanitário tem sido sempre uma das fontes mais importantes da autoridade social dos médicos. Por isto, a desconsideração pelo paciente não pode nem deve ser tolerada na assistência médica, qualquer que seja o merecimento do doente, quer esta desconsideração seja expressa por via do tecnicismo, do mercantilismo, do burocratismo ou de outro recurso qualquer (como o descaso, a falta de cortesia).

Tudo indica (e nada permite duvidar) que as pessoas enfermas e as ameaçadas de enfermar sempre estiveram na fonte dos propósitos dos médicos desde seu aparecimento como agentes sociais em remota época. A medicina surgiu para atender a esta necessidade das pessoas e das sociedades. Desde sua origem, seu principal objetivo tem sido o de tratar o doente. Restaurar-lhe a saúde e abolir seu sofrimento foram os objetivos básicos da medicina em todos os lugares e épocas. Todos os demais propósitos decorrem deste.

## O dever de lealdade prioritária ao paciente

O compromisso de tratar os enfermos implica na necessidade de o doente confiar na lealdade do médico. Para tanto, os médicos devem se comprometer com incondicional fidelidade a seus pacientes. Fidelidade que inclui o sigilo, a confidencialidade, mas não se limita a isto. Tal compromisso de lealdade prioritária do médico para com seu paciente não existe com a mesma força em nenhuma outra atividade profissional. Nem a cultura espera que exista. Mas, compromisso que implica em numerosas responsabilidades que não devem ser descuradas.

Desde há muito considera-se o tratamento dos enfermos (terapêutica) como sinônimo da medicina. Não casualmente, os pri-

meiros médicos gregos, antes da instituição da medicina racional, foram denominados *terapeutas*, isto é, curandeiros, curadores, o que trata, o que cura. A pessoa que cuida dos enfermos em suas necessidades e em seu desvalimento porque sabe fazê-lo. Nem que em muitos idiomas a palavra medicina seja sinônimo de remédio, de tratamento.

No desempenho desta tarefa os médicos devem lealdade absoluta aos seus pacientes e não devem descurar deste dever que é seu. Por isto, quando um médico passa a colocar seus interesses acima do seu dever com a saúde do paciente, isto se considera como um descaminho profissional. Seja no rumo do tecnicismo, do mercantilismo, do burocratismo ou outro qualquer.

Situação que muda radicalmente caso a relação médico-paciente passe a ser considerada uma relação de consumo, uma relação comercial como outra qualquer. Presidida unicamente pela legislação civil, especialmente a comercial. E modulada apenas pelo que se denomina ética dos negócios. Esta tendência, fruto da mercantilização da existência combinada com o individualismo egoísta e hedonista, não pode ser reconhecida pelos médicos. Porque afronta todos os princípios éticos aos quais estes têm há séculos o dever de se submeter.

Os descaminhos do dever de lealdade ao paciente nem sempre são egoístas, podem ser altruístas. As más condutas nem sempre têm motivos torpes como ódio, inveja, sede de poder. Um médico muito dedicado a uma religião ou a um partido político, ou a outra causa que valorize excessivamente, pode colocar seu trabalho não a serviço de seu paciente, como é seu dever, mas de sua religião, causa ou partido. O que em nada diminui sua responsabilidade frente àquela infração de uma de suas mais importantes responsabilidades profissionais médicas. O malfeitor não é menos responsável por sua conduta antissocial se o moto de sua má conduta for subjetivo ou altruísta (amor, caridade, beneficência), nem o é caso o ganho tenha sido atribuído a outro, como nas condutas desonestas com propósitos filatrópicos. A História está cheia de

exemplos de personalidades autoritárias e antissociais que distribuíam o produto de sua má conduta. Mas não há filantropia na maior parte dessas condutas distributivas porque a ambição real de seu autor não era o dinheiro, mas o poder.

Existem condutas certas e condutas erradas. Assim como há maneiras certas e erradas de fazer a coisa certa. Este princípio é muito importante para avaliar condutas humanas, inclusive as condutas profissionais dos médicos.

Os médicos sempre tiveram como alvo essencial de sua atividade ajudar pessoas enfermas a se livrarem de seus males, a reconquistarem a saúde e a evitarem as enfermidades. Desde sua origem, o principal objetivo da medicina tem sido o serviço do doente e esta é característica universal da atividade médica. Ajudar o doente, restaurar-lhe a saúde e abolir ou minimizar seu sofrimento foram os objetivos básicos iniciais, que persistem sendo os mais importantes muitos séculos depois. Desde muito antigamente, o tratamento dos doentes é considerado como sinônimo de medicina. Tanto que chega a se confundir com ela. Quem duvidar disso, atente para a significação do verbo medicar (que provavelmente, na trajetória etimológica, ficou situado entre os substantivos médico e medicina).

Na maior parte das culturas entende-se que expressões comportamentais de altruísmo, solidariedade e humanitarismo são deveres dos médicos para com todas as pessoas, sejam elas seus pacientes ou não. Mas a desconsideração pelo paciente não pode nem deve ser tolerada em um médico. Seja esta desconsideração expressa por via do tecnicismo, do mercantilismo, do burocratismo ou de outro recurso qualquer (como o descaso, a falta de cortesia, a desconsideração).

Muitas condutas profissionais erradas podem ser realizadas com boa-fé e honestidade. O médico pode errar crendo que está acertando. Neste caso, não será considerado culpado, a menos que aja com imperícia, imprudência ou negligência.

A solução encontrada pelos hipocráticos para sintetizar o clima humano da relação médico-paciente foi a amizade. “Trata teu doente como a um amigo”, era o princípio que buscavam praticar, porque a abnegação, a lealdade e o compromisso são condutas que podem ser consideradas como implícitas nas relações de amizade. Ou ao menos devem ser.

Mas há quem considere esta amizade mútua entre os médicos e seus pacientes como fator que perturba a necessária objetividade que deve reinar naquela situação. Um envolvimento interpessoal a ser evitado, como algo pernicioso. O que é um exagero.

## A objetividade e a honestidade profissional

A objetividade e a honestidade são pressupostos essenciais de todo ato médico legítimo. O primeiro e talvez o mais comum do termo objetividade é “qualidade daquilo que é objetivo”, seguindo-se “ao objeto da investigação ou da intervenção, aquilo que se passa fora da consciência do investigador ou do ator”. Mas existe um terceiro sentido, o empregado em *objetividade científica* e *objetividade profissional*. Este terceiro sentido se refere à ausência de influência da subjetividade na investigação ou na ação. É utilizado para mencionar a ausência de influência da subjetividade do investigador ou do agente social na sua investigação ou intervenção. Quer dizer que aquela conduta se realiza de forma relativamente independente das opiniões, desejos ou necessidades de quem a pratica. Para os mais extremados, a objetividade profissional, por exemplo, seria a conduta profissional asséptica, sem qualquer participação emocional consciente ou inconsciente do agente, despida de todo interesse que não fosse puramente profissional. Coisa que, na realidade, não existe.

Nestes casos, denomina-se *envolvimento afetivo* àquele matiz afetivo da relação interpessoal que interfira na conduta ou desvie o julgamento. Uma manifestação psicológica do fenômeno psicológico denominado *paixão*. Emoção ou sentimento de tal forma

influente na conduta do apaixonado que distorce sua percepção e dirige seu julgamento e comportamento. Ao contrário do que pensam os leigos, a paixão nem sempre é amorosa (pode ser movida pelo ódio, inveja, ciúme, ambição de poder, fama ou de dinheiro, ou pelo ressentimento) e nem sempre se dirige a uma pessoa (pode ser uma causa maior ou menor, uma ideologia religiosa ou política ou, até, um time de futebol). A honestidade pode ser entendida como respeito pela verdade e pelo direito alheio, especialmente dos pacientes e seus familiares ou outros contratadores de serviço, no caso dos médicos. Na prática da medicina a honestidade assume alguns aspectos particulares que devem ser considerados: a honestidade intelectual, a honestidade científica, a honestidade interpessoal e a honestidade mercantil.

## Metas do trabalho médico

A atividade tecnosocial da medicina se concretiza na assistência médica a indivíduos e coletividades humanas. É nesta atividade que se realizam as metas laborais da profissão. Embora se costume dizer que o trabalho dos médicos pode ser resumido em prevenir e diagnosticar enfermidades, além de tratar e reabilitar enfermos, a prática médica é bem mais abrangente. Envolve todas as medidas realizadas com a finalidade de proteger, promover e restaurar a saúde humana realizadas ou indicadas por médicos e albergadas sob o conceito de *assistência médica*. Todas as atividades que existem e as que existirão em volta do trabalho médico e por causa dele. O que evidencia a amplitude das possibilidades do quê-fazer médico e faz da medicina uma das atividades profissionais mais amplas e complexas que se conhece. Principalmente porque, graças à multiplicação dos conhecimentos e à expansão dos recursos tecnológicos, seu elenco de possibilidades de intervenção cresce. Mas seu crescimento também decorre da atividade de outros profissionais mobilizados e que trabalham à sua volta.

O conhecimento dos objetivos ou metas pretendidas pode ser tão importante para o estudo e o entendimento das ações huma-

nas quanto o de seus condicionantes ou determinantes mediatos ou imediatos, como de resto ocorre na pretensão de conhecer e, principalmente, de prever o curso de qualquer processo ou desenvolvimento. Para conhecer a medicina e a atividade dos médicos, deve-se saber cada vez mais acerca dos propósitos específicos da atividade dos médicos e das necessidades e possibilidades de cada caso e cada situação que esteja em foco. O que eles fazem porque são médicos e, simultaneamente, aquilo que os faz médicos.

Perez Tamayo, renomado médico latino-americano, considera a medicina essencialmente como uma profissão, visto que destaca esse caráter como sua qualidade mais geral e fundamental. E mais, a tem como a única profissão especialmente dedicada a que homens e mulheres vivam mais e melhor e morram mais sadios, o mais tarde possível. Podendo-se constatar que vê a medicina como agência de felicidade. Coisa que ela é, como praticamente todos os demais promotores de bem-estar individual ou social. Afinal, a felicidade outra coisa não é senão a consecução do máximo possível de bem-estar por cada um. Satisfação de todas as necessidades. Para Tamayo, os médicos devem se ocupar de três propósitos característicos de sua atividade profissional, que, a seu ver, constituem os objetivos mais essenciais e específicos da medicina e da atividade dos médicos: da conservação da saúde, da cura dos enfermos e de evitar as mortes prematuras ou evitáveis.

> *Aos quais se acrescenta o propósito de diminuir o sofrimento dos doentes, de consolá-los se não restar mais a fazer (e aos familiares e amigos). Contudo, deve-se destacar o princípio da lealdade prioritária para com o paciente. Mesmo que este esteja inconsciente ou completamente incapaz de decidir sobre seu destino. O bem-estar do doente deve ser o objetivo do médico, pois este é o propósito mais importante da medicina.*

A conservação da saúde implica não só na profilaxia das enfermidades como na promoção do estado de bem-estar e na melhoria dos níveis de saúde e de felicidade em indivíduos e coletividades. Não apenas de qualidade de vida (percepção subjetiva que implica em um julgamento de valor), mas de condições de vida (ex-

periência concreta e objetiva da satisfação das necessidades de alguém) e de seu estado de saúde (que inclui, necessariamente, a ausência de enfermidade ou invalidez). A promoção do estado de saúde humana, ou a promoção da saúde, como se costuma resumir, envolve todos os procedimentos para melhorar a satisfação das necessidades humanas, inclusive busca aperfeiçoar as condições em que essa satisfação ocorre. Contudo, não é possível nem aceitável que se confunda a prevenção primária (profilaxia e promoção da saúde) com a prevenção secundária (diagnóstico das enfermidades e tratamento dos enfermos) ou com a prevenção terciária (programas de reabilitação física ou psicossocial).

> *Confusão que tem sido muito praticada por quem se apraz em pescar em águas turvas, para disto tirar proveito.*

Há uma relação invariável do diagnóstico médico com a terapêutica dos enfermos. A cura dos enfermos (das enfermidades, diz Tamayo, acompanhando o senso comum vigente) é inseparável do diagnóstico das condições clínicas do paciente, de um lado, e da superação dos estados danosos de impedimento e invalidez, de outro. Sem diagnóstico correto, não há terapêutica eficaz nem reabilitação adequada, reza antigo aforisma médico. Por evitar as mortes prematuras, deve-se entender não apenas criar maneiras de adiá-las o quanto possível, desejável e conveniente para o paciente. O que se deve ter presente é que existem situações existenciais que podem ser consideradas como piores que a morte. Às vezes, muito piores...

A manutenção da vida a qualquer custo pode ser apenas uma crueldade inútil e dispendiosa. Em termos de dinheiro e desgaste pessoal e social de todos os envolvidos. O paciente pode negociar com sua morte. O médico, nunca. O compromisso mais antigo e valioso do médico é com a vida, a vida decorosa. Julgamento que só o paciente pode fazer. Ninguém mais.

Deve-se destacar que cada uma destas três metas que Tamayo considera as mais essenciais da medicina podem ser subdivididas

em numerosos procedimentos mais elementares que nelas podem estar contidos. Tamayo também deixa implícito que a maior ou menor relevância de uma delas no contexto dependia das características de cada cultura, de cada momento, de cada médico e de cada caso clínico singular.

Por exemplo: a meta da medicina, conservação da saúde, costuma ser subdividida em todos os atos, ações e procedimentos técnicos que resultam em incremento dos índices de bem-estar, ou seja, a promoção da saúde, os procedimentos destinados a evitar o aparecimento das enfermidades e os atos ou processos destinados a tratar e a reabilitar as pessoas enfermas.

Cada procedimento médico é um todo integrado em uma totalidade maior que é o organismo, suas necessidades e possibilidades. Por mais limitado topograficamente seja, qualquer procedimento médico, quer diagnóstico ou terapêutico, é realizado em um organismo humano inteiro. Como regra geral, embora possa haver exceções muito numerosas, o tratamento médico, que objetiva a recuperação da saúde dos enfermos, não deve ser levado a cabo sem que seja precedido de uma história clínica, de exames físico, mental e complementares pertinentes e sem que se pratiquem os procedimentos terapêuticos (ou outros) exigidos pelas peculiaridades daquele caso clínico específico.

> *Não esquecer que nos trabalhos deste autor a noção de organismo sempre inclui o psiquismo, vertente interativa do corpo humano com seu meio social.*

Não há nem deve haver diagnóstico médico sem diagnóstico diferencial. Assim como não há nem deve haver terapêutica médica sem sua devida personalização, sem que esteja ajustada às necessidades e possibilidades pessoais do enfermo. Como se vê, não existe qualquer separação entre os procedimentos semiológicos, o processo diagnóstico e a intervenção terapêutica. Nem qualquer destes recursos e a integridade do paciente. O isolamento das medidas diagnósticas e terapêuticas da totalidade organísmi-

ca é uma perversão atribuída à especialização. Isto não corresponde à verdade. A fragmentação do organismo e o isolamento dos procedimentos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos é fruto das perversões do burocratismo, do tecnicismo e do mercantilismo. A especialização é uma necessidade do progresso técnico e pode existir sem qualquer daquelas contaminações ideológicas. Contaminações que se originam na ideologia vigente e podem afetar as práticas generalistas e comunitárias. Quem viver, verá.

Tamayo afirma que as três metas acima mencionadas podem ser consideradas tanto para a assistência médica a indivíduos quanto para coletividades humanas. E também sustenta que estas três metas não devem ser tidas como alternativas, nem muito menos complementares. Devem ser consideradas como propósitos simultâneos, que devem ser perseguidos simultaneamente.

A cura, com sentido de recuperação da saúde, dos enfermos não pode ser levada a cabo sem que seja precedida de uma história clínica, de exames físicos e complementares pertinentes e sem que se pratiquem os procedimentos terapêuticos (ou outros) exigidos pelas peculiaridades daquele caso clínico específico. Isto deve ficar bem claro.

O médico deve se contentar em evitar as mortes evitáveis, adiando as adiáveis o quanto possível e conveniente. Possível para o médico e conveniente para o enfermo. Ao menos enquanto reste ao paciente dignidade e qualidade de vida. Os hipocráticos supunham que a saúde presumia a possibilidade de viver com um mínimo de decoro e desfrutar alguma possibilidade de desfrutar a vida, e vida decorosa. Toda condição de enfermidade pode, ao menos em princípio, comprometer a plenitude da existência do enfermo por ela acometido. A própria existência da enfermidade e do dano que ela representa servem como determinantes desta situação. No outro extremo do processo está situada a maior ou menor, melhor ou pior capacidade adaptativa do paciente. No terceiro polo, situam-se os recursos terapêuticos.

Ademais, o professor Tamayo pondera que as medidas técnicas dirigidas para a conservação da saúde são conhecidas como profiláticas e podem ser de dois tipos: as que promovem a saúde (como os exercícios físicos, dietas) e as que previnem a ocorrência das enfermidades (saneamento ambiental, vacinas e outras medidas profiláticas).

Paralelamente, a noção de cura (ou tratamento) também está ligada tradicionalmente com os esforços de alívio do sofrimento, de diminuição dos impedimentos, de melhoria das condições de vida, de ajuda em uma situação difícil e de consolo na tribulação. Desde tempos imemoriais o manejo clínico ou cirúrgico das pessoas com enfermidades se denomina *terapêutica* e seu objetivo prioritário deve estar dirigido para devolver a saúde ao enfermo e reintegrá-lo à vida normal. Entretanto, se isto não for possível, ao menos deve-se objetivar a melhoria de seu estado, a minoração de seu sofrimento, a diminuição dos impedimentos, a melhoria das condições de vida, a ajuda em uma situação difícil e o consolo que as pessoas necessitam quando em tribulação.

Desde tempos imemoriais o manejo, pelos médicos, dos meios terapêuticos clínicos, cirúrgicos ou quaisquer outros empregados para tratar (curar) as pessoas com enfermidades (os enfermos) foi denominado entre os gregos como *terapêutica*. E seu objetivo prioritário deve estar dirigido para devolver a saúde ao enfermo e reintegrá-lo à vida normal com o mínimo de sequelas e sofrimento e o máximo de utilidade e beleza. Em último caso, consolá-lo em sua dor, como ensinaram os médicos cristãos dos primeiros séculos.

Finalmente, Perez Tamayo considera, com muito acerto e sensibilidade, que a medicina não é inimiga da morte, pois a morte é inevitável. Completamente. Caso a medicina fosse inimiga da morte e existisse para combatê-la ou evitá-la, seria sempre derrotada nesta luta. Os médicos não existem para banir a morte, mas para combater as mortes evitáveis ou prematuras, Mortes que, desde o século XVI, diminuem progressivamente graças ao notável avan-

ço dos conhecimentos e das técnicas da fisiologia, da patologia, da profilaxia e da terapêutica. Veja-se o quanto aumentou a expectativa de vida neste período. Assim se expressa literalmente o mestre mexicano sobre este tema: *"La medicina acepta (¡y más le vale!) que al final la muerte siempre es inevitable, porque es parte de la condición humana"*.

Os valores do decoro, da estética e da ética eram considerados pelos gregos como pilares da conduta humana, sobre os quais se assentavam os valores sociais que cultivavam, inclusive os valores hipocráticos, e deviam dirigir todas as condutas dos médicos. Inclusive (ou principalmente) os valores médicos. Disto, ninguém duvida e só poucos se opõem ostensivamente. Um dos valores médicos mais importantes é o idealismo moral como valor perenemente cultivado e o compromisso de ajuda solidária como diretriz da conduta técnica, burocrática e/ou mercantil.

> *Nota importante: construir e buscar valores idealizados para melhorar a vida das pessoas submetidas ao seu trabalho foi preocupação constante da ética médica. Idealismo moral que pode e deve ser combinado com o materialismo ontológico (atribuir substância material a tudo o que existe) e o materialismo gnosiológico (presumir a primariedade da matéria sobre o pensamento).*

Vida e morte são conceitos que se complementam em sua aparente oposição e aspectos apenas aparentemente opostos da mesma realidade biológica e cultural. São inseparáveis em teoria e na existência dos seres vivos e na elaboração mental que se faz sobre eles. Os humanos não apreciam lembrar que são mortais, preferem fingir que não são. Contudo, não há, nem pode haver vida sem morte ou morte sem vida. Absolutamente. A morte é característica essencial de tudo o que vive. Tudo que vive finda por morrer e tudo o que morre esteve vivo, necessariamente. Vida e a morte são conceitos e fatos inseparáveis na teoria e na prática.

> *Porque, considerando essas duas condições essenciais dos seres biológicos, pode-se afirmar que vida e morte são categorias dialéticas e, por isto, intercomplementares. Caso não se as*

*entenda assim, não se poderá raciocinar adequadamente com estes conceitos, nem empregá-los adequadamente para fundamentar a intervenção médica. Motivo pelo qual o médico deve lutar pela vida do paciente quando a morte for evitável, mas respeitar e aceitar a morte inevitável. Mas não deve prolongar a vida para além de motivos aceitáveis para atender qualquer interesse que não o do doente. O melhor interesse do paciente. Independentemente de seus condicionamentos.*

Uma das maiores fatuidades alimentadas pelos contemporâneos é a tentativa inútil de se recusar a encarar a própria morte, como faziam os antigos. Ao fingir que a morte não existe ou que não as alcançará, as pessoas se deixam ficar permanentemente despreparadas para sua inevitabilidade. Com os resultados que se pode verificar no dia a dia da vida e da morte.

Com referência à morte, as intervenções médicas devem assegurar a prevenção dos óbitos evitáveis e a sobrevivência nas melhores condições, com o mínimo de dignidade e qualidade de vida impostas pela condição humana. No presente momento da civilização, a noção de vida está ligada à de condição de vida (como estão sendo satisfeitas objetivamente as necessidades individuais e sociais da pessoa) e, principalmente, de sua qualidade de vida (como a pessoa avalia e valoriza subjetivamente a vida que leva). Ainda que nenhum médico deva cogitar disso senão com respeito a si mesmo, quando se trata de avaliar se a vida merece ou deve ser vivida, os fatores subjetivos devem pesar superlativamente. Também se deve cuidar da relatividade desses casos. Posto que uma mesma situação objetiva considerada intolerável por uma pessoa pode ser bem tolerada por outra. Por isso, o médico não deve ter que decidir se este ou aquele paciente leva uma vida que merece ser vivida. Jamais.

Nos fins da Idade Média, ou início do Renascimento, dependendo do lugar onde os acontecimentos ocorreram, as culturas impuseram aos médicos novas metas funcionais no relacionamento com os pacientes (estas, sob visível influência do viés cultural judaico-cristão), retratado no juramento de Maimônides e expresso na

divisa médica que reza: *curar às vezes, melhorar frequentemente, consolar sempre*. Este aforisma médico medieval, que pairou sobre incontáveis anfiteatros e salas de aula nos cursos de medicina do Ocidente ao longo dos últimos séculos, destaca a dimensão humana como dominante sobre a intervenção técnica e sobre o propósito mercantil sempre presentes em qualquer relação de cunho profissional. Paralelamente, vêm se deslocando as atribuições médicas da enfermidade para as da saúde, do indivíduo para o meio social e para o meio físico. Da medicina social à medicina ecológica. Ambas as situações puseram novas metas ao exercício da medicina dirigida para indivíduos e coletividades.

A perspectiva preventiva, social e ecológica da saúde e da enfermidade dos seres humanos não se opõe à visão individual da medicina clínica e curativa, tal como praticada desde a antiguidade. Ao contrário, completa-a, atualiza-a, torna-a mais efetiva e mais útil. Cada vez mais a medicina deixa de ser uma relação solitária de um médico com seu paciente para se fazer uma interação social do médico com seus pacientes e, depois, da equipe médica com seus pacientes.

*Sanar, aliviar, consolar*. Esta é agora, como sempre foi, a divisa dos médicos e da medicina (provavelmente de origem galênica). Divisa que foi, é e deve prosseguir sendo o motor mais importante das metas reconhecidas para a atividade médica desde a antiguidade. Metas que constituem marcos essenciais a serem alcançados pela medicina de todas as épocas e locais, desde a medicina hipocrática (embora não esteja presente na obra atribuída a Hipócrates).

> *Tudo o que foi dito aqui torna oportuno recordar mais uma importante divisa dos médicos: a saúde do paciente é o objetivo supremo da medicina. O supremo bem a ser perseguido pelo trabalho médico altruísta e o mais importante pagamento que ele pode pretender pelo seu serviço.*

A saúde do enfermo é o supremo bem do médico e da medicina. Ao menos para os médicos bem formados e dotados na necessária consciência profissional. Este tem sido o fundamento ético do prin-

cípio de dedicação (fidelidade ou lealdade) prioritária ao paciente, que norteia a ética médica desde sua origem nos hipocráticos.

No decorrer do último século, as mudanças mais dramáticas ocorreram no campo técnico-científico e da organização do exercício profissional da medicina. A época contemporânea assiste a um terrível paradoxo que afeta o trabalho médico. Neste momento histórico, as ciências médicas experimentaram avanço exponencial, possibilitando intervenções quase inacreditáveis no passado recente. Mas as condições sociais patogênicas e as possibilidades de assistência adequada alcançam imensas frações da população. A desigualdade das possibilidades de cuidado com a saúde é cada vez mais gritante.

No plano tributário, o governo central arrecada cada vez mais e repassa cada vez menos para os estados e municípios que estão em contato direto com o problema sanitário.

No campo profissional, o surgimento de empresas destinadas a explorar planos e seguros de saúde e o surgimento de diversas profissões instituídas para realizar tarefas até então realizadas pelos médicos, retirou deles espaços profissionais importantes. Na mesma medida em que o poder público se retira do dever de prestar assistência médica ou o faz remunerando o trabalho dos profissionais que o prestam a preço vil, vergonhoso. A universalidade da assistência tem sido apoiada no pagamento de honorários médicos cada vez mais aviltantes. Qualquer um que compare os valores pagos atualmente pelo procedimentos médicos com os de meio século atrás, há de verificar o quanto o Estado valoriza esta atividade.

Na mesma ocasião e como parte do mesmo processo de aviltamento do trabalho médico, setores importantes da vida política nacional, especialmente do governo, a pretexto de implantarem a integralidade na assistência médica ao povo pobre, intentam pulverizar a medicina, distribuindo seu objeto específico por um sem-número de agentes sociais desprovidos de formação capaz de fazer essa substituição com eficácia e segurança para a clientela. Jamais o trabalho médico foi tão profícuo e nunca tão mal

reconhecido como nos dias que correm. Fenômeno que deve fomentar a necessidade de estudar as condições de funcionamento do sistema assistencial no país e as razões desta conduta.

O citado professor Perez Tamayo, do alto de sua autoridade e de modo bastante bem-humorado e inteligente, sustenta que os médicos podem realizar tais ações profissionais características da sua profissão de quatro formas diferentes e perfeitamente viáveis para quem acompanha o exercício da medicina no dia a dia:

- atentando rigorosamente para as normas e regras científicas aplicáveis em cada caso particular; ou
- com grande carinho e apoio emocional aos seres humanos afetados direta ou indiretamente pelas enfermidades; ou
- com uma saudável combinação dos itens 1 e 2; ou, finalmente,
- com ignorância científica, desapego emocional e impaciência burocrática por terminar o mais cedo possível com o atendimento.

O boletim do Hastings Center sobre *As metas da medicina*, publicadas no suplemento especial de 1996, lista e discorre brevemente sobre as seguintes metas genéricas da atividade médica que devem ser buscadas pelos agentes da medicina:

a) a prevenção da enfermidade e das lesões, e a promoção e manutenção da saúde;

b) o alívio da dor e do sofrimento causado pelas enfermidades;

c) a assistência e a cura dos enfermos e o cuidado dos que não podem ser curados;

d) evitar a morte prematura e velar por uma morte em paz.

Às quais se poderia acrescentar sem qualquer hesitação: o combate às enfermidades e o prolongamento da vida decorosa e o fomento do bem-estar dos indivíduos humanos e suas comunidades, entendido como sentir-se bem e com estado de satisfação das necessidades individuais e sociais.

A interação entre o indivíduo e a comunidade, a saúde individual e a saúde pública, se mescla em uma totalidade inseparável para o médico e, por isto, para a medicina. Da mesma maneira que ocorre a partir dos pontos de vista dos demais profissionais de saúde, ainda que cada uma dessas profissões possa ter seu próprio viés. O estudo do fenômeno saúde, já se viu, só pode ser concretizado e entendido a partir de sua correlação com a enfermidade e vice-versa. Saúde e enfermidade constituem uma unidade lógica e ontológica indissolúvel. Da mesma forma que a vida e a morte, como categorias essenciais da biologia. Especialmente a íntima interação havida entre a vida e a morte. Este é o próximo tema a ser visto aqui, o que se fará um pouco adiante.

A seguir, pode-se conhecer alguns valiosos conselhos que o professor William Ossler oferece para os médicos jovens. Refletir sobre eles e atendê-los há de ser bastante vantajoso não apenas para estes, mas para todos os outros.

**Dez conselhos úteis para os médicos**

*William Osler*

Nada substitui aquilo que se assimila no contato direto com o paciente: uma boa anamnese, um exame clínico minucioso e a perspicácia clínica que resulta da experiência. A clínica não pode ser aprendida só no laboratório ou por meio de leituras ou conferências.

A boa prática médica é trabalhosa e exige dedicação. Não é possível atender apressadamente aos nossos pacientes seguindo horários rígidos.

Seja otimista: muitas enfermidades são autolimitadas e aliviadas sem muita interferência do médico (o catarro comum é bom exemplo, frequentemente tratado de forma exagerada).

Seja paciente. Um período de observação é, em certas ocasiões, o único caminho para um diagnóstico correto. Não trate de impressionar a teu paciente ou a ti mesmo com exames complementares desnecessários.

Não seja demasiado sábio. Recorde que as enfermidades mais comuns ocorrem com maior frequência, pense primeiro nelas.

Não realize em teus pacientes nenhum exame que não farias em ti mesmo, ou em teus familiares em idênticas circunstâncias. Não indique excesso de exames que eventualmente possam colocar o paciente em risco de complicações iatrogênicas.

Use novas drogas com cautela. É preferível manejar poucos medicamentos básicos com perícia e segurança que utilizar medicamentos mais novos, que ainda não possuam sólida base experimental.

Conhece-te a ti mesmo: tuas fortalezas e debilidades, extraia frutos de tua insatisfação com o trabalho, cultive curiosidade acerca das enfermidades, porém trate tão bem ao enfermo como à enfermidade. Quando tiver dúvidas, consulte aos mais experimentados, cultive o senso de humor e o verdadeiro sentido da humildade. Não permita que a admiração dos pacientes influa em seu raciocínio e em sua conduta.

Cultive a discrição com respeito aos nomes das enfermidades diante dos pacientes, familiares e amigos.

Tire lição de teus erros: equivocar-se ocasionalmente é humano, mas cada erro deverá transformar-se em um ensinamento, e obviamente jamais ser repetido.

## O médico e a vida humana [9]

É comum que se ouça um compromisso dos médicos e da medicina com a vida e se cultive a imagem do médico como guardião da vida. O que pode ser elogioso, mas não corresponde à verdade. Os médicos mantêm antigo compromisso com a vida humana. Mas não com qualquer vida humana, apenas com a vida decorosa, diziam os hipocráticos; com a vida de qualidade, referem alguns contemporâneos; com a vida humana cujas condições fazem com que ela mereça ser vivida, segundo o julgamento do vivente. Outros podem ter opiniões bastante diferentes. Como, de fato, têm. A pluralidade de opiniões e as paixões que suscitam tornam este tema muito difícil de ser trabalhado. Até porque o próprio conceito de vida humana simplesmente tem se mostrado difícil de definir, pois é um fenômeno cujo início parece impossível de precisar, caso se cultive a necessária isenção ideológica. O estudo da noção de vida se inicia com a concepção da vida como conceito biológico-individual. Coisa muito diferente da concepção genérica de vida, que ultrapassa os indivíduos e se estende a toda a sua linhagem. Seus antepassados e descendentes.

A *vida*, como qualidade verificada em todos os seres biológicos, pois é aquilo que os faz viver, pode ser desenhada a partir de diferentes pontos de vista e de muitos propósitos. E cada um deles influi no resultado final. Do ponto de vista anatômico, cada espécime de cada espécie viva está caracterizado por elementos de sua estrutura orgânica que se reproduzem com uma certa estabilidade em todos os indivíduos daquela espécie. Tais características estruturais e de forma permitem identificar aquele ente vivo e submetê-lo a uma ordenação taxonômica.

Do ponto de vista fisiológico, conceitua-se vida como a capacidade abstrata que caracteriza os seres capazes de mover-se, reproduzir versões novas de seus organismos (por meio de mecanismo sexuado ou assexuado), manter constante certos padrões de interação com o ambiente e desenvolver-se como indivíduos

9 Adaptado de um texto publicado pelo autor na *Revista Bioética*.

singulares, cujos organismos individuais podem autorreparar-se se danificados, enfermos ou lesados. Estão, portanto, dotados de enfermabilidade, ou seja, da possibilidade de enfermar; alimentam-se pela introdução de matéria e energia em seus corpos, metabolizam os alimentos e oxigênio incluídos (ingeridos, aspirados ou absorvidos de outra maneira), excretam os restos metabólicos e funcionam com a energia produzida no processo.

Do ponto de vista histobioquímico, os seres vivos são entes individuais cuja constituição está baseada em moléculas de carbono, estruturadas como compostos proteicos tais como ácidos nucleicos e enzimas e que apresentam diferentes graus de organização individual (organismo individual, órgãos e sistemas orgânicos, tecidos, células, moléculas e átomos, sem falar nas estruturas subatômicas de cuja existência já se pode ter certeza, mas cuja funcionalidade permanece completamente ignorada).

Do ponto de vista da sistemática, cada ser vivo é um sistema aberto, relativamente simples ou extremamente complexo, que funciona sintonizado com a entropia do universo. A autopoise talvez seja sua característica sistêmica mais notável. Essa é uma capacidade de alguns sistemas dinâmicos, como os biológicos, que se mostram capazes de manter a estabilidade de sua estrutura por períodos relativamente prolongados, a despeito da dinamicidade de sua estrutura. Inclui as noções de resiliência biológica (capacidade de retornar ao estado anterior depois de uma mudança) e de autorreparação celular e, portanto, tissular. Razoavelmente conceituada a vida, ainda que permaneça indefinida com a necessária precisão, resta o problema de situar seu início, tanto no mundo da natureza quanto em cada indivíduo *per si*.

Há duas maneiras de se encarar a origem da vida na Terra. A criacionista (ou fixista) e a materialista (ou evolucionista). Para os materialistas a vida dos seres vivos é algo natural, uma propriedade da matéria altamente organizada que se expressa daquela maneira. Um desses fatores é o que faz com que os seres vivos se reproduzam e, ao fazê-lo, produzam mais vida; outro ser vivo como

espécie de réplica de si mesmo. Um novo ser vivente, mas não uma nova vida. O concepto é uma extensão da vida de seus antepassados. A rigor, a vida de cada vivente consiste na atualização de todas as vidas que lhe deram origem em uma sequência que principiou em momento longínquo, no limiar inicial do processo evolutivo. Teve o seu começo com o surgimento do primeiro ser vivo do qual vem a descender. E terá seu fim apenas para o indivíduo no momento de sua morte.

Tudo indica que a vida humana é só um passo deste processo e não se diferencia por alguma qualidade especial de nenhum dos outros seres viventes dos quais se originou. Cada espécie representa um salto de qualidade nesse processo (sem qualquer juízo de valor, só de diferença e de grau de complexidade). Os budistas sustentam, não sem razão, que a vida de um ser humano não se diferencia qualitativamente da vida de um inseto. Como parece impossível diferenciar a chama vital que faz viver uma célula de um ente biológico da vida daquele organismo inteiro. Esta observação parece particularmente verdadeira quando se considera as células reprodutoras dos mamíferos sexuados, os gametas macho e fêmea.

Ontologicamente, nada diferencia a vida de uma dessas células da vida do organismo do qual ela se originou, nem da vida do novo espécime que será concebido com a fusão delas. Deste ponto de vista, a vida não é algo externo e estranho ao ente vivo, quer uma simples célula viva, quer um organismo de extrema complexidade. Para os materialistas, a vida e o ser vivente formam uma unidade inseparável. Em todas as espécies a vida de um espécime é sempre continuação da vida de seus progenitores, qualquer que seja o mecanismo de sua reprodução. Essa propriedade vital indefinida se perpetua de geração em geração, mesmo quando as espécies se transformam no processo evolutivo. Situá-la em qualquer ponto de sua trajetória do início da vida do primeiro antepassado remotíssimo é um exercício de imaginação.

Para os sobrenaturalistas, sejam animatistas, animistas, espiritualistas ou deístas, a  vida humana resulta de uma propriedade so-

brenatural que anima a estrutura material, faz funcionar os órgãos e faz a pessoa viver como gente. A ideia de *animação* significa a chegada da alma no corpo. O conceito de animação significa isto, tornar vivo. Para alguns crentes, vida é sinônimo de alma. Alma é uma palavra derivada do latim *anima*, que seria uma emanação essencial da divindade que seria comunicada aos animais ou só aos humanos (na dependência da crença cultivada ou da religião adotada pelo crente).

Os animatistas e os animistas acreditam que todas as coisas estão dotadas de alma, enquanto os espiritualistas a atribuem unicamente aos seres vivos. Os animatistas, animistas e espiritualistas pretendem que a alma seja a qualidade mais essencial de um indivíduo. Para os espiritualistas a alma seria a parte mais essencial do ser vivo, que integraria suas funções de relação com o mundo, especialmente com os demais viventes; enquanto seu corpo seria apenas o envoltório material dotado de funções meramente vegetativas que a conservaria como espécie de agasalho e meio de cultura. Para usar um exemplo provindo do mecanicismo cibernético, o corpo seria o *hardware* e a alma, o *software* (como gosta de dizer Manuel Albuquerque).

Os espiritualistas orientais tendem a acreditar que a alma ou espírito é comum a todos os viventes e que migra por indivíduos e espécies diferentes em um processo contínuo de aperfeiçoamento em busca da perfeição, que seria seu destino final. Os espiritualistas europeus tendem a acreditar que a alma é atributo dos seres humanos. Mas há quem a também a suponha presente nos mamíferos superiores.

Os teólogos cristãos, como acontece com praticamente todos os monoteístas em particular, julgam que a alma é atributo exclusivamente humano e se resume a uma para cada pessoa. Que esta alma detém as características personificadoras, determina os comportamentos das pessoas e por elas responde por suas ações e omissões meritórias ou condenáveis. Por isto, os colonialistas europeus justificaram a escravização dos indígenas africanos e

americanos, alegando que não tinham alma. Seriam, portanto, animais com aparência humana.

O problema filosófico (tanto ontológico quanto ético) começa com a necessidade de determinar o início da vida humana de um indivíduo concreto, de um espécime humano singular. E revela-se problema porque se pode diagnosticar, com certa acuidade, o fim da vida de cada indivíduo humano, mas seu começo não pode ser identificado com a desejada exatidão, mesmo com os recursos científicos atuais. Para os povos antigos, como os greco-romanos e, inclusive, os guaranis na matriz de nossa cultura autóctone, não havia qualquer dificuldade de situar o início da vida de um ser biológico – inclusive, os humanos se tornaram vivos porque a divindade lhes soprou a vida. A vida estaria contida no ar (*pneuma*). Entraria no corpo com o primeiro vagido do recém-nascido e o abandonaria no último suspiro do moribundo. A questão começa a mudar de figura quando entram em jogo algumas questões metafísicas.

Aqui se destacam dois pontos de vista preliminares inconciliáveis: o criacionismo e o evolucionismo.

Os criacionistas (sobretudo os fixistas, que recusam a evolução das espécies) creem que a espécie humana, como as demais, fora criada por alguma divindade e que esta lhe concedeu suas características humanas mais essenciais neste procedimento criador, e que renovaria este dom em cada indivíduo que viesse à luz. Pela animação, cada criatura seria dotada por Deus de uma alma imortal, que lhe teria sido infundida no corpo em um momento mais ou menos precoce de sua existência; que o corpo material seria apenas veículo transitório da alma sobrenatural, que se confundiria na essência do indivíduo, da pessoa e da personalidade. Entretanto, mesmo entre os católicos, varia a opinião acerca do momento em que a animação se daria. Agostinho, bispo de Hipona, escreve: "*A grande interrogação sobre a alma não se decide apressadamente com juízos não discutidos e opiniões imprudentes; de acordo com a lei, o aborto não é considerado um homicídio, por-*

*que ainda não se pode dizer que exista uma alma viva em um corpo que carece de sensação, uma vez que ainda não se formou a carne e não está dotada de sentidos".*

Bem posteriormente, talvez por causa da peste negra que privou a Europa de quase metade de sua população, quase pondo fim à mão de obra, a Igreja Católica, proprietária de considerável porção das terras cultivadas naquele continente, passou a adotar a crença na concepção, para proibir o aborto. Entretanto, até o século XVIII a Igreja cuidou das crianças indesejadas ou que não podiam ser criadas. Muitas casas religiosas recebiam crianças indesejadas através de uma roda, sem perguntas ou qualquer outra exigência. Tais crianças eram batizadas como *enjeitadas* ou *expostas*.

O evolucionismo inicia com a hipótese (não desmentida e com crescente evidência de verossimilitude) de que a humanidade teria aparecido como desenvolvimento evolutivo natural da matéria organizada; que seu corpo e sua mente conformariam uma totalidade existencial; que cada indivíduo, em sua ontogênese, primeiro imitaria as etapas de sua filogênese; depois, emergiriam e se desenvolveriam suas características especificadoras e individualizadoras para somente então, ao longo de sua experiência histórica, social e afetiva, surgirem suas características personificadoras.

De fato, quando se trata da origem da vida humana, tanto do ponto de vista da espécie quanto dos indivíduos, o problema doutrinário mais importante é a influência sobrenaturalista, de jaez religioso e deísta, ainda que não ouse dizer seu nome ou proclamar sua origem. Questões como o abortamento voluntário e investigação com as células-tronco são tratadas como dogmas, ainda que mal disfarçadas de problemas filosóficos ou científicos. Algum dogma religioso existe subjacente a toda análise moral baseada na origem sobrenatural da humanidade, mesmo que este fundamento seja negado.

Na cultura ocidental, destaca-se a crença medieval da animação (incorporação da alma em cada ser humano individual) como

marco inicial da pessoalidade. O que foi bastante perturbado, se não demolido, com o advento da clonagem. A isso, soma-se o viés conceitual de identificar o aparecimento da humanidade (e o mecanismo condicionador de sua emergência) com o início da vida de cada indivíduo humano. Diferentes tendências religiosas pretendem situar a animação em momentos diferentes da existência, mas todas confundem o surgimento do ente genérico (a humanidade) com o aparecimento de cada indivíduo da espécie. Confundindo individuação, humanização, hominização e personificação.

Como não existe universalidade nas significações e nos sentidos desses termos, imitando Sócrates, Platão, Descartes e Politzer, pode ser recomendável que se defina o significado com que se pretende usar algumas expressões. Principalmente porque dessa significação derivam implicações morais prementes sobre aborto, clonagem e outras aplicações dessa tecnologia. Do ponto de vista espiritualista, estas noções se confundem e se inician pela instalação da alma no embrião no primeiro instante de sua existência. Como conceitos científicos, cada um destes termos tem significado próprio e início em momentos diferentes. É deste ponto de vista que se discorre aqui.

*Ser humano*. O conceito se reporta mais estritamente a um espécime ou elemento biológico individual da humanidade, um tipo de ser vivo, um espécime da espécie batizada *Homo sapiens* na terminologia biológica. Mais amplamente, a expressão "ser humano" pode abranger pelos menos três noções que costumam ser confundidas, apesar de corresponderem a coisas diferentes: a noção de indivíduo humano e a ideia de pessoa, que inclui a personalidade e o sentido de sujeito (ou Homem, assim com maiúscula, mesmo que se trate de uma fêmea da espécie). Pela importância que têm no estudo da matéria que aqui se desenvolve, estes conceitos devem ser um pouco mais clarificados de modo a se saber o significado exato com que estão sendo usados.

*Indivíduo e individualidade*. Nas espécies sexuadas, o início da vida individual se dá na fecundação. Na linguagem das ciências huma-

nas denomina-se *indivíduo* a um ser diferenciado dos demais por ter vida separada ou por ostentar características ou atributos que o assinalem como ente separável dos demais; como uma unidade estrutural ou funcional específica em relação às demais de sua espécie; um espécime da espécie.

Na linguagem comum, mesmo culta, a singularidade (que implica em unidade e totalidade) configura a característica mais essencial da individualidade. Pode-se considerar como indivíduo qualquer coisa ou qualquer ser, de qualquer modalidade, qualidade ou espécie, desde que seja singular. Por singularidade, entende-se a qualidade daquilo que tem unicidade e totalidade, que é singular, único, diferenciável e distinguível de tudo o mais que existir. A singularidade da espécie humana se manifesta na estrutura biológica de cada ser humano individual; singularidade que se inicia em seus vinte e quatro cromossomos e se completa em seu código de DNA, incluindo todas as caraterísticas anatômicas e funcionais do indivíduo. Enquanto a singularidade de cada espécime se manifesta nas características individualizadoras de cada ente.

Parece tarefa fácil sustentar na concepção o início da individualidade de um ser vivo sexuado, início que reside na junção e na síntese dos gametas feminino e masculino e na configuração do ovo como resultante desse processo sintetizador. Os gametas são extensões das vidas dos seres que os produziram; não são aqueles seres, nem apenas um produto seu; são extensões suas, indivíduos humanos potenciais. Tampouco são os seres que resultarão deles. Os gametas podem vir a ser, mas não são nem serão necessária ou potencialmente pessoas. Ainda não têm pessoalidade nem personalidade e talvez não possam jamais vir a desenvolver estas qualidades. Não têm possibilidade de vida autônoma, mas ovos, e os bebês também não a têm, à medida que necessitam de quem os alimente, cuide e proteja por um período relativamente extenso de suas vidas. Mas, ao contrário dos ovos, os bebês já são dotados de pessoalidade e personalidade.

Denomina-se *hominização* ao processo pelo qual uma espécie ou um ser vivo não humano se torna humano. Isto é, a entidade bio-

lógica, quer espécie ou indivíduo, se torna humano, se humaniza, com o sentido mais estrito da expressão tornar-se humano (literalmente). Pois a expressão humanização pode ser empregada em sentido figurado (que também se denomina ato ou processo de humanização, que significa comportar-se humanamente). A hominização ocorre em dois planos, no da espécie e no da individualidade, quando do surgimento do indivíduo com as características biológicas que o tornam humano.

*Pessoa e pessoalidade*. O conceito de pessoa, no sentido psicológico e antropológico aqui utilizado, deve ser tido por mais amplo e conter o de indivíduo. Isto é, toda pessoa é um indivíduo humano, mas nem todo indivíduo humano é uma pessoa. O indivíduo humano anencefálico, por exemplo, não é pessoa, sequer potencial. A vida do indivíduo começa antes da existência da pessoa, continua nela e finda com ela. Mesmo originada no indivíduo tal como o indivíduo se origina do óvulo e do espermatozoide de seus ancestrais mais imediatos, a emergência da pessoa só se dá com o início da formação do sistema nervoso, a característica que marca o aparecimento da existência pessoal, que só se completa com a configuração total do cérebro humano. Por isso, independentemente de quaisquer preconceitos religiosos, com base exclusivamente em critérios científicos, pode-se considerar um feto descerebrado como uma não pessoa, a despeito de reconhecer sua individualidade humana.

A noção de pessoalidade inclui a qualidade denominada personalidade e o atributo chamado dignidade. Toda pessoa, por definição, é dotada de pessoalidade e de dignidade. Os fetos descerebrados não têm, sequer, a mais tênue possibilidade de virem a ser pessoas. Não são pessoas, sequer potencialmente. Por isto, podem ser categorizados como não pessoas. Da mesma maneira que se consideraria uma gestante que gestasse um membro. Um membro superior, o braço direito; seria tecido humano, sem qualquer sombra de dúvida e estaria vivo, enquanto mantido nesta condição pelo sangue materno. Mas esse ente vivo (ou ser vivo, se quiserem forçar o significado desta expressão) jamais seria ou será uma pessoa. Isto pode ser garantido sem qualquer dúvida.

*Persona e personalidade*. O termo personalidade não tem conceituação aceita por todos os estudiosos da matéria. Principalmente quando abriga sentido mais antropológico e político que psicológico (onde os conflitos já não são pequenos nem poucos). Por isto, muito sujeito à contaminação ideológica e às influências da visão de mundo de quem o emprega. Apesar das diferenças de opinião, é possível considerar a personalidade como a síntese dos traços psicológicos caracteristicamente humanos e das características estáveis da forma de uma pessoa se relacionar com as demais, com a sociedade e consigo mesma. No plano individual, a hominização se completa com o surgimento da personalidade. Mesmo potencial.

A exigência de traços psicológicos estruturados e conduta social adaptativa (mesmo em potência real) indica um ente humano que se inicia com a formação do córtex do encéfalo, mas que aponta para a possibilidade de ter sua estrutura nervosa superior desenvolvida. O que só vem a se concretizar com a maturação biológica do encéfalo e com a maturidade psicossocial da pessoa. O aparecimento da personalidade decorre de longo processo, cujo início é a mielinização do sistema nervoso e que só se completa quando duas metas são atingidas: uma biológica, a maturação (termo da mielinização), e outra psicossocial, a maturidade (capacidade de exercer autonomia na sociedade em que vive). A personalidade engloba o caráter, o temperamento e a constituição da pessoa. Por isto, se refere a tudo o que é tipicamente humano (ainda que desenvolvida por aprendizagem ao longo da trajetória evolutiva a partir de características biológicas herdadas dos antepassados).

Caso se estude a personalidade por traços, não podem ser omitidas as características psicossociais relacionadas com a sensopercepção, o pensamento inteligente e o pensamento criador; a afetividade e os estados de ânimo; a vontade e a psicomotricidade; a memória, a atenção, a consciência e a orientação. De todos estes componentes psicológicos e neurofisiológicos, destacam-se dois níveis principais: o compartilhado com os demais mamíferos superiores (notamente os símios) e aqueles tipicamente humanos –

a capacidade de abstrair e simbolizar em dois níveis de sinalização a linguagem articulada, a afetividade superior (os sentimentos), a vontade que se coroa no exercício da liberdade.

A personalidade, quando estudada por tipos, se expressa nas muitas tipologias psicológicas e biopsicológicas conhecidas nas quais se correlacionavam as características corporais das pessoas com seus temperamentos. Dessas, as tipologias de Viola (os somatotipos longilíneo, brevilíneo e normolíneo e os fisiotipos astênico e estênico); Kretschmer (somatotipos leptossômico, pícnico, atético e displásico e psicotipos esquizotímico e esquizoide, ciclotímico e cicloide, e griscroide); e de Sheldon (somatotipos ectomorfo, mesomorfo, endomorfo e psicotipos cerebrotônico, somatotônico e viscerotônico). Da noção de personalidade se origina a concepção de sujeiticidade, que se origina na vontade, na atividade na liberdade, no senso de justiça e evolui para condutas extremamente complexas em todos os sentidos.

*Sujeito e sujeiticidade*. A pessoa pode ser definida como indivíduo com personalidade e dignidade; o sujeito pode ser definido como pessoa no exercício de sua vontade, na direção de sua vida social e na construção de sua biografia. A voluntariedade (volição, conação ou intencionalidade) e a liberdade marcam característica ou essencialmente o que poderia, neologizando, denominar como sujeiticidade. Em sentido estrito, a sujeiticidade demanda maioridade, capacidade civil e responsabilidade penal. A sujeiticidade é um atributo essencialmente político, apanágio do cidadão. A emergência do sujeito teve sua gênese no início das vidas das quais se originou, que passou pelo estágio de indivíduo humano, que adquiriu pessoalidade na configuração anátomo-fisiológica humana, que passou a existir como personalidade com a funcionalidade do sistema nervoso central e adquiriu um mínimo de educação, completando sua sujeiticidade com a maturação nervosa e a maturidade psicossocial.

Individualidade, pessoalidade, personalidade e sujeiticidade são fases na existência humana, cada uma com seus marcos iniciais e

características mais ou menos definíveis de completude existencial. O inaugurar da cidadania em cada pessoa é a dimensão política de manifestação da sujeiticidade, que é convencionalmente assinalada pela idade em que uma personalidade assume a plenitude de seus direitos políticos e civis.

Não obstante, um problema conceitual nessa matéria parece ser imaginar a estruturação de cada ente humano (e, até, da humanidade) como um ato instantâneo ou um processo. O primeiro, imediatista, imagina toda a humanização (e até a hominização) como fruto de um instante, um átimo temporal. O que significa pretender que o ser humano individual, a pessoa e a personalidade seriam uma só coisa e surgiriam em um instante; em um só instante, como uma reação química imediata, um milagre, um passe de mágica ou uma criação súbita; como se o ser humano tivesse passado a existir subitamente, um milagre da divindade todo poderosa.

Ao contrário, para quem tem uma visão processual desta transformação, ela pode ser tida como mediatista ou evolucionista. Tais etapas se configuram como processos e desenvolvimentos (no sentido jasperiano) que, embora marcados por momentos iniciais diferentes, se superpõem e se interinfluenciam. Em geral, terminam todos com a morte do indivíduo, ainda que a descerebração possa, ocasionalmente, assinalar o fim da personalidade (e, ao menos para alguns, até da pessoalidade), apesar de o indivíduo prosseguir vivendo vegetativamente.

## O médico, a medicina e a morte

Não há vida sem morte nem morte sem vida. A morte é tema assustador e preocupante. Nenhum outro motiva mais medo e ansiedade. É difícil de ser ventilado com naturalidade e encarado com tranquilidade. Mas é inevitável quando se trata de medicina, de médicos e de pacientes, de saúde e de enfermidade. Um mito

sobre a medicina e o médico se refere ao seu pretenso poder contra a morte. No núcleo ou na periferia da imagem que as pessoas comuns fazem dos médicos, existe sempre alguma crença de que eles existem para combater a morte. Para defendê-los dela. Evitá-la, afastá-la ou, mesmo, terminar com ela. Apesar de, como já se viu, sua missão se resumir em prolongar a vida enquanto ela merecer ser vivida. Ao menos enquanto restar ao paciente um mínimo de dignidade (com o sentido mais amplo desta expressão).

As fantasias de vencer a morte, de prolongar a vida indefinidamente, ou seja, conquistar a imortalidade, estão presentes na consciência humana. Tanto nas consciências individuais quanto nas coletivas, assim mostram as lendas e os mitos antigos. No entanto, essa crença decorre da sobrevivência da concepção religiosa da medicina. Parte do desejo de imortalidade presente na humanidade desde sua origem, na qual a verdadeira vida era colocada no plano sobrenatural da existência. É provável que a consciência da inexorabilidade da morte, traço característico da condição humana, tenha originado a fantasia da imortalidade como recurso defensivo contra a ameaça permanente da morte.

Os seres biológicos são vivos porque são mortais e são mortais porque são vivos. Sabe-se que a morte é parte essencial da vida. Não existe vida sem morte. A mortalidade é qualidade essencial dos seres vivos. E a única maneira de se acabar com a morte será pondo fim à vida. A extinção da vida vem a ser a única maneira viável de extinguir a morte e a possibilidade da morte. Só morre quem vive e todos os vivos findam por morrer. A aliança antiga e imemorial dos médicos com a vida de boa qualidade não os impede de aceitar a morte como algo irrecorrível. A inevitabilidade e a naturalidade da morte são fatos aos quais os médicos devem se habituar desde cedo. E sua inseparabilidade da vida. Aceitar esta concepção da unidade dialética da vida e morte talvez seja um dos momentos mais difíceis da formação dos médicos. Mesmo daqueles que creem na inexistência da morte, por confiarem em uma vida eterna. Qualquer que seja a forma sob a qual esta se revista.

O objetivo médico de prolongar a vida não deve ser confundido com a fantasia de abolir a morte. Não obstante, os médicos não devem apenas procurar prolongar vidas, mas prolongar a vida com mínima qualidade. Um conceito muito próximo daquele que os médicos hipocráticos chamavam de vida decorosa. A medicina deve ter como objetivos ajudar as pessoas a prolongar a vida decorosa e lutar contra as mortes evitáveis. Isto é, ter vida razoável com possibilidade de busca da felicidade. Mas deve ajudar as pessoas a enfrentar a morte inevitável e a morrer com o menor sofrimento e infelicidade possíveis. O que os greco-romanos chamavam de morte decorosa e que hoje se denomina morte com dignidade. Por outro lado, a inevitabilidade da morte, que pode tornar-se desejável em certas situações, mas o médico nunca deve provocá-la. Os pacientes precisam ter certeza de que o médico não mata, que seu compromisso é com a vida. Da mesma maneira que não deve agir para prolongar vidas a qualquer custo, principalmente quando é o paciente ou sua família que pagará o preço daquela decisão.

Aqui se coloca uma das questões mais importantes da medicina contemporânea: o conflito entre o direito que tem a pessoa de morrer com dignidade e o dever assumido pelos médicos de lutar pela vida. O médico deve respeitar o direito de o paciente morrer, mas não deve se envolver em sua morte senão para adiá-la. Deixe a missão de abreviar vida, precipitar a morte ou de ajudar a morrer para o próprio paciente, seus parentes e amigos (quando aquele estiver incapacitado) e para mais alguém que se julgar obrigado a ajudá-lo naquela situação. Esta, pelo menos, é a opinião do autor deste trabalho. Pois não apenas o médico não deve matar alguém, o médico deve não matar, obriga-se a não matar nem colaborar com a morte de alguém. Esta condição de adversário da morte e aliado da vida decorosa é um dos traços mais característicos de sua identidade social desde a origem da medicina.

## Evolução histórica da atividade dos médicos

O processo de divisão do trabalho social impõe a repartição necessária de funções laborais como diretriz importante da evolução histórica. A medicina apareceu bem cedo neste processo. Bernal, em *A história social da ciência* [10] e em *A ciência na história* [11], mostra o fastígio da ciência greco-romana e a decadência advinda de sua queda, dando lugar à anticiência medieval que foi um importante instrumento da decadência civilizatória sofrida pelos povos do Ocidente, notadamente os da Europa. A medicina está profundamente comprometida com a razão, com a racionalidade e com a busca da verdade desde sua origem hipocrática e sempre retroagiu quando se afastou ou foi afastada destas diretrizes. O que se constata quando se considera que a palavra *médico* provém do grego *medeor*, e que o primeiro significado deste verbo seria meditar, pensar, refletir; tendo como derivadas naturais as expressões preocupar-se, cuidar, e semelhantes, donde se teria originado a versão curar, como mostra o já citado Mariano Arnau. Matriz etimológica que aponta para os primeiros e mais importantes conteúdos significativos das palavras construídas a partir desta ideia original.

A partir daí, pode ser possível especular que o médico deve ser aquele que se preocupa com o doente e com sua doença. Inferência que pode ser válida não apenas do ponto de vista léxico, mas de uma perspectiva prática. Supõe-se que os médicos existem para se preocupar com os enfermos. E mais, que o enfermo espera do médico, em primeiro lugar, converter-se para ele em tema de meditação, de reflexão, que estude o seu caso e possa ajudá-lo com eficácia. É possível supor que o doente deseja que o médico se preocupe com ele, na mesma medida da confiança que lhe dedica. Aliás, esta confiança, em grande parte, resulta dessa crença na preocupação do médico. Crença que não deve resultar em desilusão, sob pena de perda de confiança no médico.

10 Bernal JD. Historia social de la medicina, vol. 1, ed. Península, Barcelona, 1973.
11 Bernal JD. A ciência na história, ed. Movimento, Lisboa, 1976.

Mesmo nos povos mais desenvolvidos, vê-se o médico como uma espécie de mágico, um bruxo, agente do mundo sobrenatural capaz de façanhas miraculosas para beneficiar seus pacientes. Por isto, sempre há quem acredite que ele seria capaz de agir a distância sobre o doente, por uma espécie de simpatia curativa, uma espécie de magia pela qual ele tivesse a capacidade de influir no espírito do doente e no espírito que o estivesse adoecendo. E, por essa via, providenciar sua cura ou melhora. Essa matriz sobrenatural fincada na origem do trabalho médico poderia, talvez, explicar a expectativa das pessoas que ainda hoje supõem (ou parecem supor) que o médico seja agente de poderes sobrenaturais e capaz de realizar a medicina-feitiço, um feitiço que poderia ser realizado com o olhar (os maus e os bons olhados) e até longe do olhar do médico. Pois tal influência a distância poderia ser dirigida para produzir seus efeitos bem longe de onde ele estivesse, como se acreditava e se acredita possa suceder aos feitiços em geral. Sejam maléficos ou benéficos. Mesmo nas culturas mais primitivas considerou-se e se considera fundamental que o médico seja capaz de reconhecer a natureza do mal que afligia ou ameaçava o paciente, pudesse decidir o que fazer e tivesse a possibilidade de criar ou administrar o remédio mais adequado para as necessidades dos seus doentes. É impossível saber quando o diagnóstico assumiu importância decisiva para o tratamento médico.

Também se deve chamar atenção para o caráter mágico que os romanos, que eram um povo extremamente supersticioso (como o são os norte-americanos, seus êmulos atuais), atribuíam à atividade do *médicus*. Acreditavam que ele possuisse poderes herdados do feiticeiro da tribo; que fosse mágico e atuasse por magia, que seria um perito em sortilégios, que influisse por meio deles sobre as entidades espirituais que causavam as doenças e sobre espíritos da natureza que fizessem adoecer. E que, com estes meios mágicos, poderiam obter a cura dos enfermos.

Ademais, pode-se destacar que, a despeito do avanço atual das ciências médicas, quando a ciência não tem a resposta pedida por um enfermo, quando o médico não conhece a natureza de

uma enfermidade ou quando não conhece alguma possibilidade de intervir positivamente, as pessoas em geral tendem a invocar poderes sobrenaturais em seu favor ou em favor dos que querem bem. Nas culturas primitivas era essa a prática médica habitual de todas as pessoas em todos os casos. Nas culturas mais evoluídas, este é um recurso excepcional, contudo já não tem caráter médico, mas exclusivamente religioso e buscado por quem não tem mais esperança nos recursos científicos ou fica sem acesso a eles.

A medicina racional gerada por Hipócrates (ou pelos hipocráticos) chegou tardiamente a Roma (só depois que a Grécia foi dominada pelos romanos). Até o século II d.C. enfrentou a competição dos feiticeiros e sacerdotes pagãos que dominavam a capital do mundo. Mesmo quando Galeno e Celso eram reconhecidos como mestres da medicina romana, a maior parte dos doentes naquele império e mesmo em sua capital, a capital do mundo, era atendida por curandeiros, magos, sacerdotes e outros que tais. Como ainda hoje, a maior parte desta clientela era composta pelos que não podiam pagar o preço elevado dos serviços médicos e, sem nenhuma coincidência, eram os mesmos que tinham menos instrução e ocupavam posições sociais menos destacadas. A menor parte daquela clientela era constituída pelos que, embora pudessem remunerar os serviços médicos, já não podiam esperar nada da medicina, porque ela já não tinha ou nunca tivera alguma esperança para lhes oferecer.

A partir destes marcos históricos foram elaboradas as funções atuais dos médicos, que podem ser resumidas em: servir aos doentes e à humanidade representada pelas pessoas enfermas ou ameaçadas de enfermar; prestar cuidados médicos aos enfermos (principalmente por meio dos diagnósticos de suas enfermidades e das prescrições das intervenções terapêuticas de que necessitam); fazer pesquisas que envolvam procedimentos diagnósticos ou terapêuticos; ensinar, realizar perícias e auditorias em procedimentos que impliquem em diagnósticos de enfermidades ou terapêutica de enfermos; chefiar, administrar, gerenciar ou coordenar serviços médicos; além de deverem prestar assessoria ou

consultoria nas matérias situadas em sua área de competência técnica e de sua especificidade profissional.

A assistência médica pode assumir numerosas formas, com muitas combinações e variações de procedimentos. Talvez o procedimento mais conhecido e típico do exercício da medicina seja a consulta médica, procedimento profissional básico que pode ser realizado em muitos ambientes, com numerosos objetivos e com o emprego de numerosas técnicas.

> *Contudo, existem muitíssimos outros sentidos albergados sob a designação geral de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. O rol contido na 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) dá ideia do volume de procedimentos diagnósticos. E a Lista Hierarquizada de Procedimentos Médicos Diagnósticos e Terapêuticos (produzida em parceria pelo CFM e AMB) dá conta de outros procedimentos diagnósticos e a maioria dos procedimentos terapêuticos considerados como válidos pela comunidade científica médica. Informação necessária para proteger a sociedade.*

Os médicos, como ocorre em muitas outras profissões, se dividem em médicos gerais ou generalistas e médicos especialistas. Há quem pretenda que o especialista seja algo como uma fração do generalista. Contudo, tal perspectiva tem se mostrado falsa e perniciosa. Cria a ilusão de que uma equipe de especialistas pode substituir um generalista. Não pode nem deve. Especialista e generalista, ambos, devem ter lugar assegurado num sistema de assistência médica. Inclusive em um sistema de assistência médico-social.

Um especialista deve ser um generalista que conhece mais e está dotado de mais habilidade em uma área da medicina, condição que enriquece o médico. Ainda que aquilo que saiba dos temas gerais não detenha muita profundidade ou se faça com grande detalhamento. Não substitui o generalista nem tem, necessariamente, o conhecimento de um generalista. Deve saber do geral o suficiente para assegurar efetividade ao seu desempenho especializado quando colocado a serviço dos enfermos.

Outra importante questão a ser levantada é que existem generalistas e especialistas de cada especialidade com graus diferentes de experiência, preparo, capacidade científica e habilidade técnica. Convém não esquecer a necessidade da formação humanística dos médicos generalistas e especialistas. Mas, sobretudo, é importante ter presente que a divisão social do trabalho é um procedimento tipicamente social. Muito mais que técnico ou científico. Muito além de um modo de organizar o emprego dos recursos tecnógicos, é uma forma de organizar o mercado de trabalho e disciplinar a competição intraprofissional.

Pode-se pretender que, em geral, as atividades essenciais de um médico abranjam os procedimentos diretos ou indiretos para diagnosticar enfermidades e prescrever a terapêutica dos enfermos. Por isso, estas devem ser consideradas como as atribuições mais essenciais do médico e devem ser exercidas exclusivamente pelos profissionais da medicina. A realização do tratamento pode ser função de médico ou de outro profissional legalmente habilitado para realizar aquela atividade. Bem como os procedimentos que empregam meios diretos ou indiretos de promoção da saúde, de profilaxia das enfermidades ou de reabilitação das funções prejudicadas por alguma condição patológica.

A habilitação específica constitui direito e dever do profissional. Embora a maioria das constituições do mundo assegurem liberdade de trabalho, garantam a todos o direito de exercer qualquer atividade laboral, nos limites da lei, isto não quer dizer que qualquer pessoa possa realizar qualquer trabalho. Algumas atividades são condicionadas à formação especial, à comprovação de capacidade técnica e à habilitação. Este é o caso das profissões, desde os motoristas.

Ninguém pode conduzir veículos nas vias públicas sem estar capacitado e legalmente habilitado. Note-se, sem desdouro, que a responsabilidade social de um motorista costuma ser menor que a de um médico ou que a dos outros profissionais de saúde. Ninguém pode atuar como médico sem ter sido graduado em medicina em curso regular e sido inscrito num conselho regional de

medicina. Outro atributo caracterizado por constituir simultaneamente um direito e um dever dos agentes profissionais é a autonomia técnica ou liberdade profissional. Este atributo profissional é especialmente importante para os médicos. Essencial, mesmo.

O médico, mesmo empregado, deve exercer seu labor sem estar submetido a qualquer forma de constrangimento ou pressão de qualquer natureza. Especialmente, deve ter a liberdade de empregar os recursos de que necessite para diagnosticar e prescrever a terapêutica necessitada por seu paciente.

O exercício profissional de uma profissão, como qualquer atividade, resulta uma síntese da liberdade e da responsabilidade. A liberdade e a responsabilidade são características do exercício profissional a tal ponto que não existe, nem deve existir no mundo contemporâneo, profissão sem estes atributos. Liberdade de exercer uma atividade legalmente instituída e a necessidade de responder por danos que cause a outrem no desempenho dessa tarefa. Esta liberdade só pode ser limitada pela sua consciência profissional, pelo conhecimento científico vigente e pelas normas e regras éticas a que estiver submetido.

A autonomia profissional, que pode se resumir à autonomia econômica e à liberdade técnica, constitui a contrapartida social necessária da responsabilidade profissional. Com as mudanças ocorridas na sociedade contemporânea (especialmente a proletarização e empobrecimento das classes médias), a autonomia econômica deixou de ser exigida como critério de profissionalidade na mesma medida em que ocorreu a institucionalização das profissões burocráticas ou assalariadas como categorias análogas às liberais. Adaptação tornada indispensável pelas novas condições de trabalho, tanto no mundo capitalista como no socialista. Ainda que com motivações, objetivos e formas de expressão inteiramente diferentes.

No entanto, em geral, a autonomia laboral deixou de ser exigida para caracterizar a profissão. Para isto, passou a bastar a autono-

mia técnica, ainda que esta seja algo menor que a econômica, porque a autonomia técnica, em última análise, deve estar sempre subordinada à autonomia econômica (no caso do trabalhador sujeito a empregador privado) e à autonomia política (no caso de muitos serviços públicos). Na práxis laboral, como em muitas outras situações sociais e políticas, a autonomia econômica é a matriz e a origem de todas as outras formas de autonomia. Ninguém é livre se for ou enquanto for economicamente dependente de outrem.

O direito do trabalhador ao salário deve ser respeitado e protegido na sociedade. Como deve suceder a todo e qualquer trabalhador, o médico que exerce seu mister em qualquer condição tem direito a receber remuneração adequada e proporcional à peculiaridade de seu trabalho e às circunstâncias de sua execução, à sua responsabilidade social e profissional, ao risco daquela atividade, à sua formação técnica do procedimento em causa. Este é, sem qualquer dúvida, outro direito-dever profissional particularmente importante para o médico. Ainda que se revele mais evidente na clínica privada, não é menos importante no empregado. E no labor credenciado, modalidade muito comum de trabalho médico no Brasil.

Em qualquer situação e independentemente da modalidade de sua vinculação econômica com o cliente, o médico não deve fazer do pagamento a medida de sua dedicação, esforço, responsabilidade ou empenho em seu trabalho. O médico deve estar sempre pronto a servir sem pagamento a quem não possa pagar por seus serviços. Mas não deve, de maneira alguma, permitir que o pagamento de seu serviço seja aviltado por empregadores ou quaisquer outros agentes pagadores que devam aquele serviço ao paciente, sejam públicos ou privados.

No que respeita a uma possível diferença qualitativa entre o que é público e o que é privado, o médico nunca deve se deixar convencer de que tudo o que é estatal ou, muito menos, governamental é social (por mais que isso dissipe suas esperanças e fantasias).

Porque pode não ser e, em certas condições, como nos Estados privatizados da globalização, quase sempre não é. Muitas vezes, se dá aos bens governamentais a destinação mais antissocial possível. Se o trabalhador é explorado, não lhe deve ser diferente a qualidade do explorador. Nesse caso, todo explorador lhe parecerá igual. Como qualquer cidadão minimamente informado pode verificar olhando ao redor de si.

O direito-dever de trabalhar em instalações adequadas e condições apropriadas é outro atributo profissional a ser exigido pelos médicos. Não apenas por sua aspiração de conforto e segurança pessoal, mas, principalmente, pelo conforto e segurança de seus pacientes. É sempre conveniente recordar a lição de Ulisses Pernambucano, que afirmava ser o médico (especialmente o psiquiatra) o curador natural dos direitos e dos interesses de seus pacientes; e que aquele que descura deste dever, deve ser afastado.

Cabe ao médico exercer suas funções profissionais com o brio e a coragem que forem necessários para bem cumpri-la com altivez. Tendo ele próprio, sempre que preciso, ensinado isto com seu exemplo pessoal. O médico, mesmo os que ainda não se formaram, existe principalmente para proteger seus pacientes. Além de estar a serviço da humanidade e de priorizar os interesses de seus pacientes, os médicos devem zelar pelos interesses de sua profissão. A imagem pública da medicina está confiada ao seu zelo. Essa dupla qualidade de curador de seus pacientes e de sua profissão pode suscitar conflitos. E, frequentemente, suscita. Caso em que o médico deve decidir em prol de seu paciente. Invariavelmente.

O direito-dever de associar-se profissionalmente, ligar-se aos colegas de trabalho para defender seus interesses coletivos é um direito humano que deve ser assegurado a todos os trabalhadores, especialmente aos profissionais, e particularmente defendido pelos médicos ao longo da história. Em todas as profissões, tais interesses coletivos não se referem apenas aos financeiros e às condições de trabalho, mas devem visar, particularmente, o pres-

tígio e a imagem pública da profissão. A participação nas entidades associativas e representativas dos médicos constitui dever a ser defendido por eles por meio de todas as formas legais e éticas.

Neste capítulo, a tradição médica faz com que o cuidado com a imagem da profissão seja idêntico ao que o médico dedica à sua honorabilidade pessoal.

Com a possível exceção do sacerdócio, a medicina é a profissão mais atingida pela má conduta social de seus praticantes. Receber tratamento respeitoso, digno e cortês constitui direito de todas as pessoas, independentemente do papel social que representem, de seus gêneros ou idades. Este é o tratamento que os médicos devem exigir para si mesmos e proporcionar às demais pessoas com as quais se relacionam em sociedade, especialmente no ambiente de trabalho. Sejam superiores, companheiros ou subordinados seus.

Todos os códigos deontológicos destacam que essa responsabilidade deve se mostrar mais imperativa quando se refere ao tratamento dispensado aos pacientes, seus acompanhantes e aos companheiros de trabalho, notadamente aos seus colegas. Os códigos mais recentes estendem este dever para com os profissionais de atividades correlatas e vizinhas. Um aspecto deste respeito abrange as autonomias técnica e profissional, as quais serão tratadas em outro momento deste trabalho.

Como parte integrante deste tratamento respeitoso, digno e cortês que os médicos devem exigir de seus superiores e empregadores, situa-se a satisfação de sua necessidade profissional de atualização e aperfeiçoamento profissional. Como já dito, todo serviço médico deve contar com um programa de educação médica continuada, por mais modesto seja. Mesmo que se limite ao um grupo de estudos, a reuniões clínicas periódicas ou atividades análogas. Médico que não estuda com constância e serviço médico que não mantém qualquer atividade de educação permanente não correspondem à confiança dos pacientes e da sociedade.

Característica importante do trabalho médico como aplicação tecnológica útil é que ele deve se processar sempre, em todas as situações, sem qualquer garantia de resultado. A medicina é uma atividade laboral de meios e não de fins ou de resultados. Algum resultado só poderá ser cobrado legitimamente se tiver sido prometido. O que nenhum médico deve fazer. Qualquer profissional experiente haverá de ter testemunhado o quão leviano é prometer qualquer resultado de qualquer serviço médico, sobretudo os que encerram resultados terapêuticos. A atividade terapêutica depende de muitos outros fatores além daqueles que podem estar sob controle do terapeuta. Fatores como a vulnerabilidade e a resistência particular do organismo, por exemplo, podem ser muito mais importantes que a indicação e o uso judicioso das medidas de tratamento. Por isto, a medicina deve ser – e prosseguir sendo por muito tempo ainda – uma profissão na qual se avaliam a adequação da indicação e da administração dos recursos terapêuticos. Nunca, dos resultados obtidos com eles.

No plano especificamente técnico, as funções médicas se exercem em quatro planos distintos, mas interativos:

- as funções profiláticas e de fomento à saúde das pessoas (ou funções de prevenção primária);

- as funções curativas (ou de prevenção secundária) que têm como objetivo fazer o diagnóstico das enfermidades (e fazê-lo o mais precocemente possível) e instituir tratamento efetivo dos enfermos;

- as funções reabilitadoras (ou de prevenção terciária) que objetivam corrigir/prevenir a evolução dos estados de incapacidade física, mental ou social que, eventualmente, se apresentem como resultado de uma condição patológica; e

- as funções médicas acessórias (de ensino, supervisão, direção, perícia, auditoria e outras, que não são tipicamente médicas, mas que se desenvolvem em torno dos atos médicos específicos).

Deve-se destacar que apesar de todas estas funções serem atribuíveis aos médicos, apenas as do segundo e as do quarto grupo devem ser consideradas privativas deles. As do primeiro e as do terceiro grupo podem ser compartilhadas com agentes de outras profissões.

## O médico e a assistência médica

A assistência médica (atendimento médico ou atenção médica) é a atividade profissional característica dos médicos que prestam seus serviços a quem deles necessita (seus pacientes). Esta atividade profissional pode ser prestada a um indivíduo, a um grupo deles ou a uma comunidade; e pode assumir uma imensidade de formas particulares: um diagnóstico, uma consulta, uma cirurgia, um conselho, um exame clínico ou complementar de qualquer natureza, um parto, uma observação (ou história) clínica, bem como um sem-número de atividades médicas. Quem conhece mesmo alguns rudimentos da sociologia e do direito das profissões, sabe que toda ocupação, para ser promovida a profissão, deve ter suas prerrogativas profissionais exclusivas definidas pela lei no instrumento de sua institucionalização. Fato que constitui elemento essencial da formalidade da profissionalização de uma atividade.

Deve incumbir ao Estado a disciplina das relações entre as profissões e o desempenho dos profissionais na sociedade. Ao instituir uma profissão o legislador deve definir quais são as atividades privativas que configuram o campo profissional exclusivo de seus agentes. Isto é, quais as que só podem ser exercidas legalmente pelos agentes daquela profissão. Sem que isto esteja estabelecido legalmente, a rigor, não há profissão e, por consequência, também não há profissional daquela carreira. Além destas atividades, o legislador pode lhes atribuir prerrogativas profissionais também atribuídas a agentes de outra ou outras profissões às quais o legislador atribua idênticas prerrogativas laborais. Estas são exatamente as atividades profissionais compartilhadas de uma profissão. Por exemplo, aplicar injeções hipodérmicas é atribuição

compartilhada de diversas profissões. Mas só os médicos devem fazer injeções intraoculares.

Ao menos nos países democráticos, a regulação das profissões e a delimitação do campo de atividade dos seus profissionais é tarefa do Poder Legislativo. Mas a regulamentação das relações dos agentes de uma profissão entre si e a organização do seu trabalho naquela sociedade deve ser responsabilidade de seus organismos corporativos. Em geral, este organismo corporativo se denomina conselho, ordem ou colégio. No Uruguai, este estabelecimento corporativo se denomina sindicato.

As atividades profissionais específicas e privativas de médico são agir profissionalmente para executar as tarefas específicas da prevenção secundária, quais sejam, realizar diagnósticos das enfermidades e indicar o tratamento das pessoas enfermas.

Como consequência desses atos médicos, também deve incumbir-lhe privativamente:

- atribuir-se o título de médico;
- anunciar e exercer atividades privativas de médico;
- anunciar, prescrever, indicar ou executar quaisquer procedimentos diretos ou indiretos com finalidade diagnóstica ou prognóstica;
- solicitar exames destinados aos diagnósticos médicos e ao acompanhamento da terapêutica dos enfermos;
- planejar, programar e indicar procedimentos que tenham como finalidade a terapêutica em seres humanos enfermos;
- praticar perícias (exames de pessoas), auditorias médicas (exames de documentos), assessorias e consultorias referentes a atos médicos;

- dirigir serviços, equipes médicas, atividades médicas de qualquer natureza e estabelecimentos médicos;

- dirigir, coordenar, auditar, supervisionar procedimentos médicos;

- ensinar procedimentos médicos.

E, ademais, têm a possibilidade de prestar os seguintes serviços que podem ser atos médicos compartilhados:

- planejar, programar, indicar e executar atividades voltadas para a promoção e a preservação  da saúde de seres humanos;

- praticar tratamentos para a recuperação da saúde ou provisão de cuidados paliativos a enfermos;

- integrar programas de reabilitação física ou psicossocial;

- assessorar ou prestar consultoria a entidades, gestores e funcionários públicos ou privados em matéria de saúde.

No exercício de sua profissão, os médicos estão autorizados a desempenhar todas estas atividade sobre indivíduos isolados ou sobre qualquer conjunto da população, independentemente da percepção ou não de retribuição financeira ou de qualquer outra modalidade de recompensa.

## Requisitos para o exercício efetivo da medicina

Nos termos da lei brasileira, para que alguém use o título de médico ou exerça suas atribuições de modo legal e legítimo deve ter sido capacitado em curso de medicina oficial ou autorizado, além de inscrito no conselho regional de medicina da jurisdição onde trabalhe. A faculdade capacita e gradua; o conselho habilita. A capacitação acadêmica e a devida habilitação em um conselho devem ser consideradas, ambas, exigências essenciais para clinicar.

Como também é para se exercer qualquer profissão. Contudo, esta dupla exigência para a prática profissional não constitui privilégio abusivo dos médicos, mas instrumento de proteção da sociedade. Mesmo na antiguidade, pelo menos desde Hammurabi, já havia a consciência da necessidade de manter a formação médica e, principalmente, o exercício da medicina sob controle estatal.

> *Também aqui, os anarquistas e os liberalistas se identificam. Os anarquistas são contra todas as instituições sociais, porque as identificam como instrumentos de opressão, uma vez que limitam a liberdade individual. Por isto, Ivan Illich, autor que encarna um de seus paradigmas mais prezados, combateu os médicos e os professores como agentes antissociais. Pretendia uma sociedade sem escolas e sem hospitais. Os liberalistas cantam no mesmo coro, mas a pretexto de defender a liberdade econômica dos indivíduos no mercado. Ambos convergem sua ação para a destruição das regras das profissões e os limites da atuação dos profissionais.*

O exercício da medicina, como as demais ocupações instituídas em profissões de nível superior, exige capacitação em curso acadêmico específico oficialmente reconhecido como apto para aquele propósito, e a devida habilitação em conselho organizador da profissão. Entretanto, isto não ocorre da mesma forma em todas as partes e as entidades habilitadoras não recebem a mesma designação em todos os lugares. Noutros países, a habilitação pode ocorrer por diversos outros procedimentos e o registro pode se dar em instituições governamentais ou corporativas com outros nomes, tais como colégio ou ordem. Como se vê, não basta alguém ser diplomado em medicina para ser médico; necessita estar devidamente habilitado para isto. Aqui e em praticamente todos os lugares do mundo. O que pode variar, e varia, é o modo de organização da corporação e as formas e limites do exercício profissional. Também varia o nome da entidade organizadora: conselho, ordem, colégio, sem que a denominação tenha qualquer influência nas atribuições institucionais que se definem na lei que a institui. Mas o nome do organismo controlador da profissão não tem a menor importância, o que importa é o texto da lei

que o instituir. Muitos médicos desejam uma Ordem dos Médicos iludidos pela fantasia de que com este nome, Ordem, seria semelhante à dos advogados.

> *O Código Penal brasileiro capitula como curandeiro quem exerce a função de curar da medicina sem ser médico, ainda que tenha sido graduado como tal. Existe curandeirismo médico e uma pessoa formada em medicina pode praticá-la ilegalmente caso não esteja devidamente registrado no CRM. A medicina é a profissão dos médicos e os médicos são os agentes profissionais habilitados para praticar legalmente a medicina. Parece simples, mas não é ou não tem sido. A ocorrência de muitas tentativas de praticar medicina sem satisfazer essas exigência legais permite comprovar esta assertiva. Ao menos no Brasil, há quem tente fazer medicina sem médicos.*

Atualmente, o adequado exercício profissional de qualquer atividade laboral depende da satisfação de diversos requisitos, que podem ser classificados em subjetivos e objetivos.

Dentre os requisitos subjetivos para o exercício da medicina, destacam-se traços do caráter, aptidões psicológicas para aquela atividade e capacitação técnica comprovada por título acadêmico. Os requisitos objetivos de capacitação e habilitação já foram mencionados e não podem ser esquecidos. E o que será necessário para que alguém possa se tornar um bom médico? Como se há de ver adiante, desde Hipócrates consideram-se as seguintes condições essenciais para que alguém se torne um médico satisfeito e também considerado um médico digno – as mesmas há vinte e cinco séculos, ressalte-se. As três primeiras são os três amores hipocráticos: filantropia (gostar de gente), filosofia (gostar de saber) e filotecnia (gostar de seu trabalho). As demais: ser vocacionado, estar adequadamente preparado, ter oportunidades suficientes de autorrealização e constante aperfeiçoamento. Tudo o mais é comentário.

Uma pessoa pode se fartar de comer ou ficar satisfeito de jogar ao menos por algum tempo. Muitas atividades inicialmente pra-

zerosas podem se tornar enfadonhas com a repetição monótona. É bastante difícil suportar uma rotina qualquer por muito tempo sem enfarar-se, a menos que ame aquilo que está fazendo. Não se enjoa de amar, mas é possível cansar de algum objeto de amor. As atividades realizadas com amor fazem-se prazerosas por si mesmas. E não entediam. O passeio mais agradável e a festa mais animada findam por tornar-se cansativos se não houver uma relação de amor envolvida.

No entanto, jamais uma pessoa ambiciosa por dinheiro ou por poder há de ganhar tanto dinheiro ou acumular tanto poder (conforme for a natureza de sua ambição) que tenha se dado por satisfeita ou, muito menos, farta. Isto não acontece porque ela está apaixonada pelo dinheiro que ganha ali ou pelo poder que usufrui. Da mesma maneira que um médico virtuoso ou um cidadão prestante não se farta de fazer seu trabalho com eficácia nem de cumprir seu dever adequadamente. A despeito das ingratidões e do não reconhecimento. Haja vista que a gratidão não deve ser considerada contrapartida necessária ao cumprimento do dever. E a decepção virá na mesma medida da esperança da recompensa. Claro está que a gratidão deve ser bem-vinda e o reconhecimento, valorizado. Mas o médico não deve contar com isso, necessitar disso para ser feliz ou bem adaptado.

> *Antigamente se dizia que o médico só deve esperar do doente colaboração em seu trabalho, tratamento civilizado e o pagamento de seus honorários. Mais nada. O que viesse além disto deveria ser tido como lucro, algo adicional. Os psiquiatras sabem que muitos pacientes que eles auxiliaram a se recuperar de situações muito difíceis lhes recusam cumprimento em público, como modo de negar sua condição e seu conhecimento.*

## Compromissos dos médicos

Aqui se trata dos compromissos que os médicos assumem porque são médicos. Incluem-se os compromissos políticos, civis e cívicos que todo cidadão deve aos que com ele convivem. Por exemplo, a

obediência às leis é dever de todo cidadão que vive no Estado de direito. Quando a lei não presta, deve ser combatida e merece que se lute para que seja derrogada. Por isto, é dever dos médicos não praticar atos contrários à legislação.

Certas funções sociais trazem implícitos alguns compromissos sociais que não podem ser minimizados e não devem ser ignorados por ninguém, menos ainda pelos que as desempenham como tarefa. Um advogado, um engenheiro, um sacerdote, um professor ou um advogado trazem uma missão social que os compromete com determinada conduta. E todos têm o direito de esperar que devam estar profundamente comprometidos com aquela missão social. Os médicos também.

Existem alguns compromissos sociais característicos dos médicos. Compromissos que os diferenciam dos demais prestadores de serviço em uma comunidade. Isto é, as sociedades humanas impõem a algumas pessoas e aos executores de algumas atividades alguns compromissos. O fato sociopolítico, técnico e humano de ser médico e de ter o direito de exercer a medicina com exlusividade lhes impõe alguns deveres denominados *múnus público* que todos os médicos devem respeitar. Os compromissos individuais implícitos na missão institucional dos médicos em sua relação com os pacientes, com a sociedade e consigo mesmo são, em princípio, os seguintes: conduta beneficente ou, ao menos, não maleficente. A sociedade e a tradição de seu ofício exigem que os médicos, todos os médicos, estejam permanentemente comprometidos a buscar o benefício do doente ou, ao menos, o não lhe ocasionar qualquer malefício. Beneficiar e não prejudicar: *primo, non nocere* (primeiro, não causar dano, como diziam os hipocráticos). Obrigação que se aplica à sua vida e à sua convivência na sociedade. Existem condutas sociais violentas que são incompatíveis com o exercício da medicina. Da mesma maneira que existem atividades sociais incompatíveis com o exercício da advocacia ou do sacerdócio.

A sociedade tem o direito de esperar que os médicos existam comprometidos com os seus semelhantes. Comprometidos como

agentes sociais, agentes técnicos e agentes humanos a serviço da humanidade. Humanidade que é representada por seus pacientes e corporificada em cada paciente que assiste ou simplesmente atende. Comportamentos desumanos ou anti-humanos são incompatíveis com a medicina. Tais compromissos não fazem heróis nem santos. Nem estes são os seus objetivos. E estes compromissos são feitos pelos médicos, na mesma medida em que fazem os médicos. Só os médicos. Nenhum outro profissional assume compromissos como estes. Nem a sociedade os exige deles. Apenas dos médicos.

A ganância e a usura são incompatíveis com a medicina. A exploração desmedida do trabalho alheio também. Uma pessoa pode se fartar de comer ou ficar satisfeito de amar ao menos por algum tempo. O ambicioso de poder ou de dinheiro não se satisfaz nunca. Da mesma maneira que um  médico virtuoso não se farta de fazer seu trabalho com eficácia nem de cumprir seu dever adequadamente. A despeito das ingratidões e do não reconhecimento. Em geral, os bons médicos são objeto de reconhecimento. Mas não necessitam disto para sua autorrealização e felicidade. Contentam-se com desfrutar o resultado de seu trabalho. E esta deve ser a principal moeda de sua recompensa. A recompensa deve ser o resultado do trabalho médico, nunca seu objetivo principal.

## Fontes do saber do médico

A vastidão e multiplicidade do conhecimento médico faz com deva ser buscado em fontes muito numerosas. Em alguns casos, fontes muito distantes daquelas a que os médicos se habituaram. Taillerand disse que *a guerra é coisa importante demais para ser confiada aos militares*. Já houve quem o parafraseasse com relação à medicina e aos médicos. Entretanto, seria mais apropriado dizer que a guerra e a medicina são importantes demais para serem confiadas somente aos militares e aos médicos. Esta proposição é verdadeira, sem dúvida. Mas há atividades que só devem (ou deveriam) ser desempenhadas por médicos. Da mesma maneira

que as demais atividades técnicas de responsabilidade só devem ser desempenhadas por agentes profissionais devidamente capacitados para fazê-las com responsabilidade.

Posto que, ao menos em termos técnicos, a maior parte dos procedimentos e métodos táticos e estratégicos da guerra e da medicina resultam do pensamento e dos trabalhos de militares e de médicos. Foram eles, cada um a seu modo, que sistematizaram o conhecimento existente e possibilitaram sua codificação racional em épocas muito antigas e com propósito educativo. Como deve acontecer com todo e qualquer conhecimento técnico, com todo e qualquer procedimento social que implique em responsabilidade para seu executor. O que significa praticamente todos. Pois todo cidadão maior e capaz deve ser responsável por todas as suas ações e omissões. Todas. Mesmo as mais minúsculas. Por isso, deve-se deve esperar responsabilidade dos médicos. Um mínimo de responsabilidade. Ao menos.

> *Não obstante, alguns importantes avanços do conhecimento médico foram criados ou descobertos por profissionais não médicos ou estudiosos de ciências não médicas. Pasteur, talvez o mais notável exemplo deste tipo de situação, era químico. Entretanto, não há muitos outros mais neste grupo de contribuintes importantes do conhecimento médico. Porque isto não acontece com as disciplinas médicas, as chamadas ciências propriamente médicas.*
>
> *As disciplinas científicas se originaram da subdivisão mitótica da medicina-ciência. Só muito raro emergiram isoladamente de qualquer outra atividade científica na qual tenha sido gerada, em uma situação que pode ser considerada realmente especial.*

Gallian DMG [12] faz menção às fontes do saber médico, tal como as considerava Gregório Marañon, notável teórico e moralista médico do século XX. Para este, as cinco principais fontes do saber médico em sua época (relativamente recente) eram as seguintes:

---

12 Galian DMG, em *As humanidades e o saber médico* (no sítio *www.epm.br*).

1) a clínica, ou seja, o conhecimento da realidade do paciente, “desde el coloquio que nos introduce en la intimidad del paciente, hasta el análisis que nos revela la composición química del plasma, pasando, como es obvio, por los métodos de la semiologia más clássica y tradicional: inspección, palpación, percusión y ascultación” ;

2) a anatomia patológica, entendida aqui não apenas como “simple recopilación inerte de los datos que la bibliografia oferece”, senão também como fruto da investigação direta e pessoal;

3) a fisiopatologia, tanto clínica como experimental;

4) a etiologia, em seu sentido mais amplo, envolvendo não apenas os aspectos estritamente biológicos como também os biográficos; e

5) a literatura, a arte e a experiência extramédica da vida, que para Gregorio Marañón tem importância tão grande quanto as outras fontes, à medida que é na fonte das humanidades onde o clínico encontra algo de fundamental para o bom exercício da prática médica: intuições sobre a vida humana. Isto porque, “*cuando el médico ve en el enfermo al hombre que hay en él, y no sólo el estómago o la cápsula suprarrenal que en él están alterados, por necesidad há de volver de cuando en cuando sus ojos a los ‘especialistas en vida humana’, y estos són, junto a los psicólogos de oficio, y a veces muy sobre ellos, los pensadores y los artistas*...”.

A formação médica exige formação técnica e humanista. Da mesma maneira que não se pode distinguir o homem, o cidadão e o profissional na identidade do médico. Mas o bom médico não necessita ser culto, embora não deva ser inculto. Como acontece com a maioria das pessoas de sua classe, basta-lhe formação cultural mediana.

> *O médico que se preocupe com sua formação deve evitar, ao menos, algumas influências ideológicas de caráter doutrinário que têm se revelado profundamente nefastas para o exercício de sua*

*atividade como práxis científica: o misticismo sobrenaturalista, o dualismo cartesiano e o mecanicismo positivista.*

*Por tudo isto, convém que estude atentamente cada uma dessas tendências doutrinárias para verificar por si mesmo o quanto elas poderão prejudicar sua atividade, caso passem a interferir em sua conduta técnica. Quando se faz objeção à influência do misticismo sobrenaturalista na formação do médico, isto se refere à influência indevida de pressupostos sobrenaturais na conduta médica e não na vida pessoal do médico.*

O dilema de se as ciências médicas seriam ciências naturais ou pertenceriam ao mundo das ciências humanas e sociais é completamente falso. O conhecimento médico se nutre dessas duas fontes. A formação médica exige formação simultaneamente técnica e humanista. No médico, estas qualidades são inseparáveis.

Portanto, o preconceito positivista e dualista de que a medicina seria uma ciência do corpo é uma falácia. É impossível separar no ser humano sadio ou enfermo as influências corporais e psicossociais. Impossível e pernicioso. O médico conhece, examina, diagnostica e trata o ser humano todo, inteiro, completo. Não apenas seu corpo, que o médico não é biólogo nem veterinário. O médico não é um especialista em integridade e lesões ou disfunções corporais. O médico é o profissional que previne e diagnostica enfermidades humanas enquanto trata ou reabilita pessoas enfermas. Pessoas inteiras.

Caso se pretenda que a medicina seja a profissão da enfermidade humana (e, consequentemente, da pessoa enferma), isto pode ser tolerável, apesar de insuficiente. Pode ser contestado ou discutido, mas não é ofensivo. A primeira proposição, a medicina como ciência do corpo, é ofensiva. Nenhum ser humano pode ser reduzido ao seu corpo.

Ser humanista, para o médico ou para qualquer outra pessoa, significa ter o ser humano como modelo e medida de todas as coisas. Cada ser humano individual, cada grupo humano e a própria

humanidade. Identificar-se com o ser humano. Seu critério para considerar as coisas e os fenômenos, especialmente as ações – as suas próprias ações primeiro, deve ser saber se aquilo é bom ou mau para as pessoas envolvidas. Para realizar esta tarefa de maneira completamente descomplicada, basta que aplique na análise daquela situação a regra de ouro da moral. Coloque-se no lugar do outro. Procure mais que pensar, busque se sentir naquele lugar e avalie sua resposta. Esse modo de avaliar as condutas humanas moralmente, aconselhado por Sócrates e Confúcio, pode ser testado nas situações mais rotineiras da vida pessoal e na experiência profissional do médico, a experiência clínica. Pode-se perguntar, por exemplo, por ocasião da recomendação de um exame ou da prescrição de um tratamento, se aquela providência é a melhor que gostaria que lhe fosse feita se estivesse no lugar do paciente. Fosse um filho ou outro parente seu que necessitasse, aquela providência deveria lhe ser indicada e adotada? Depois do exercício da troca de papéis, pode se valer do primeiro princípio da ética médica: *em primeiro lugar, não fazer mal*. A benemerência é a primeira obrigação de um médico. Se os médicos experimentarem fazer assim cada vez que examinarem, cada vez que pedirem um exame complementar ou indicarem um procedimento, por certo melhorarão. Mas, se não lhe for possível ser beneficente e fazer o bem, deve se obrigar a não ser maleficente, a não fazer mal a quem quer que seja. Não deve fazer mal intencionalmente e nem deve prejudicar alguém por ter agido de modo imprudente, imperito ou negligente. O médico se compromete a não fazer o mal e, ao contrário, fazer o bem. Isto não diz respeito apenas a seus pacientes, anote-se.

Também deve assumir seu dever de prestar lealdade prioritária ao seu paciente. O paciente é a razão da existência do médico. Tem o direito de contar com sua fidelidade. Esta obrigação é intransferível e inegável. Configura-se um conflito de interesse quando o médico se deixa constranger entre seu dever de fidelidade ao paciente e outro tipo de interesse. Quer este interesse seja seu, de outra pessoa, do Estado ou de alguma outra entidade social. O paciente tem o direito de confiar no médico e este deve

se obrigar a estar à altura dessa confiança, seja no plano técnico ou no ético.

Por fim, considera os valores morais expressos no Código de Ética Médica, especialmente o direito do paciente à livre determinação (autonomia individual), que faz com que deva concordar, depois de devidamente esclarecido, com os procedimentos a que se submeterá. Nenhum paciente deve ser submetido a qualquer procedimento, sobretudo os que impliquem em risco, sem avaliar devidamente as possibilidades desejadas e as indesejadas.

Além disso, o médico deve recusar-se a separar a ética da técnica.

## A prescrição médica

É pouco provável que haja outro ato médico no qual as dimensões ética e técnica se mostrem tão unificadas. Fermin Valenzuela, no Seminario Ejercício Actual de la Medicina, aponta para os fatores a serem considerados quando o médico, após ter feito o diagnóstico, se apronta para prescrever.

Neste processo de escolha participam numerosos elementos, tanto os relacionados com a enfermidade como os que se relacionam com o padecimento, que poucas vezes são levados em conta na cotidianidade de uma consulta médica. Quisera mencionar só alguns, considerados os mais importantes:

- as características farmacocinéticas que permitem estabelecer um esquema posológico racional em função das características físicas de cada indivíduo;

- as características farmacodinâmicas em função do quadro fisiopatológico que se apresenta naquele caso;

- as possíveis interações do medicamento a ser prescrito com outros medicamentos (ou substâncias) que o paciente utilize, sejam estes prescritos pelo médico ou integrem o sistema de vida daquele paciente;

• as possíveis reações adversas e sua influência sobre a qualidade de vida do paciente.

A seguir, depois da consideração sobre a enfermidade e o medicamento, deve-se levar em conta algumas condições direta ou indiretamente relacionadas com a personalidade do paciente e suas condições de vida.

Tais condições serão, principalmente, estas: o custo do medicamento, a possibilidade real de acesso e outros fatores que possam influir na adesão ao tratamento.

## O profissionalismo médico

Quando se pensa na medicina como atividade social, a primeira característica que vem à mente é seu caráter profissional. Outras qualidades e atributos mais ou menos característicos serão levantados ao longo deste texto. Mas, de saída, destaca-se como mais essencial sua característica de atividade laboriosa.

O profissionalismo existe em todas as profissões e deve se manifestar em todos os profissionais. Profissionalismo, entendido como maneira peculiar, como se avalia objetivamente a conduta de um profissional e, subjetivamente, como alguém planeja sua conduta em função de sua condição de agente de uma profissão, um profissional. Deve ser diferenciado da noção de profissionalidade, que é a qualidade de tudo o que é profissional; ou as características de profissionalização de um certo trabalho ou de um trabalhador, aquilo que faz uma profissão e um profissional.

A primeira característica do profissionalismo é que é um trabalho social, um labor cuja importância é socialmente reconhecida e, por isto, é instituído em lei. Lei que reconhece uma área do mercado de trabalho como prerrogativa exclusiva dos agentes daquela profissão. A autorregulamentação e autocontrole são características reconhecidas por todas as atividades profissionais. Isto signi-

fica que os organismos corporativos das profissões atuam como agências estatais de regulamentação da atividade profissional, tal como definida em lei, e controlam a qualidade do exercício profissional.

O senso do dever é o traço seguinte do profissionalismo. É um dos fatores diferenciais mais importantes entre um profissional e um amador. O profissional faz o que deve, quando é necessário; o amador, porque diletante, faz o que gosta, na hora que deseja. Só isto faz imensa diferença na atuação destes dois agentes de um certo fazer. O profissional se obriga com a busca permanente da excelência. O amador, do contentamento. O fato de ser um profissional o compromete com seu cliente e com a sociedade. Estes são dois fundamentos importantes da consciência profissional. E a consciência profissional deve ser, antes de tudo, consciência social.

O profissional tem o dever de saber fazer o que faz e de fazer bem feito.

O profissionalismo não deve ser confundido com o tecnicismo nem com o mercantilismo ou o burocratismo, que são suas perversões. Em sua origem histórica, o profissionalismo (principalmente o profissionalismo médico) se desprendeu das atividades técnicas por causa do humanismo que deve estar presente em todas as profissões. O mesmo humanismo que situa as tendências mercantis e burocráticas subordinadas aos parâmetros éticos. E que, na medicina, obriga à lealdade, ao altruísmo e à abnegação dos médicos em relação aos interesses de seus pacientes.

Para Swick, o compromisso dos médicos para com o profissionalismo no exercício da medicina exige do médico a síntese do saber e do fazer, do técnico com o humano, da conduta científica com a responsabilidade social. Desta maneira, deve se obrigar a sintetizar as capacidades, as atitudes e os valores com os quais o médico, agente profissional da medicina, demonstra ser merecedor da confiança que o paciente e a comunidade depositam nele mediante a certeza de que colocará sempre a busca do bem-estar

dos seus pacientes e o interesse da comunidade como objetivos prioritários de sua conduta[13].

Os princípios da abnegação e da lealdade prioritária ao paciente são e sempre serão os pilares essenciais da profissão médica. Aos quais se acrescentam os princípios da ética médica: não maleficência, beneficência, justiça e autodeterminação do paciente. Um profissional pode concentrar todo profissionalismo e toda profissionalidade do mundo sem cair no burocratismo, no mercantilismo ou no tecnicismo. Não obstante, qualquer médico que se preze faz questão de ser médico antes de ser profissional de saúde, técnico em medicina ou um prestador de serviço de saúde, apesar de também exercer qualquer uma destas atribuições. Contudo, nenhuma delas há de ser a tônica de sua atividade, qualquer que seja o ponto de vista avaliado.

A seguir, são listados alguns elementos considerados como os mais importantes para identificar o profissionalismo médico, ao menos de acordo com o Centro Cochrane para o Brasil:

> Como resultado de reuniões realizadas entre representantes das associações Federação Europeia de Clínica Médica, Associação (norte) Americana de Médicos, Sociedade (norte) Americana de Clínica Médica e Associação Americana de Clínica Médica concluiu-se que as opiniões dos médicos sobre profissionalismo são semelhantes em diferentes sistemas de saúde.
>
> Compartilhamos da opinião de que o compromisso da medicina com o paciente está sendo desafiado por forças externas de mudanças dentro de nossas sociedades.
>
> Profissionais de vários países começaram recentemente a demandar com insistência um renovado senso de profissionalismo, que seja suficientemente mobilizador para reformar os sistemas de saúde. Em resposta a este desafio, as

13 Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad Med. 2000;75:612-16.

instituições European Federation of Internal Medicine, ACP-Asim Foundation e Abim Foundation se uniram, no final de 1999, para lançar o Projeto Profissionalismo Médico (ver sítio *www.professionalism.org*).

Essas três organizações nomearam alguns membros para elaborar uma "agenda" que abrangesse um conjunto de princípios que os profissionais médicos podem e devem aspirar. A agenda apoia as iniciativas médicas de modo a assegurar que os serviços de saúde e os médicos que neles trabalham permaneçam comprometidos tanto com o bem-estar dos pacientes como com os princípios básicos de justiça social. Pretende-se que a agenda possa ser aplicada em diferentes culturas e sistemas políticos.

## PREÂMBULO

Profissionalismo é a base do contrato do médico com a sociedade. Isso requer colocar os interesses dos pacientes acima daqueles dos médicos, estabelecer e manter padrões de competência e integridade, e oferecer à sociedade informações especializadas sobre questões de saúde.

A medicina e a sociedade devem compreender bem os princípios e responsabilidades da profissão médica. O essencial neste contrato é a confiança pública nos médicos, que depende da integridade dos médicos individualmente e da profissão como um todo.

Neste momento, a profissão médica tem que lidar com um crescimento exponencial da tecnologia, novas regras de mercado, problemas com assistência à saúde, bioterrorismo e globalização. Consequentemente, os médicos encontram cada vez mais dificuldades para cumprir suas responsabilidades com os pacientes e a sociedade.

Nessas circunstâncias, reafirmar os princípios e valores fundamentais e universais do profissionalismo médico – que

permanecem ideais a serem buscados por todos os médicos – torna-se ainda mais importante.

Em todos os lugares a profissão médica está inserida em diversas culturas e tradições nacionais, mas seus membros compartilham o papel de curador, com raízes em Hipócrates. Na verdade, a profissão médica deve lutar contra intrincadas forças políticas, legais e de mercado. Além disso, há amplas variações no cuidado e prática médicos, por meio dos quais pode-se expressar quaisquer princípios gerais de maneira complexa e arguta. Apesar dessas diferenças, alguns temas comuns surgem e formam a base para esta agenda como três princípios fundamentais e um conjunto de responsabilidades profissionais definitivas.

## PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

### Princípio de prioridade do bem-estar dos pacientes

Este princípio baseia-se na dedicação para atender ao interesse do paciente. O altruísmo contribui para a confiança, que é primordial na relação médico-paciente. As regras de mercado, as pressões sociais e as exigências administrativas não devem comprometer este princípio.

### Princípio da autonomia do paciente

Os médicos devem respeitar a autonomia dos pacientes. Devem também ser honestos com seus pacientes e capacitá-los a tomar decisões sobre o tratamento com base nas informações dadas. As decisões dos pacientes sobre seu tratamento devem ser priorizadas, desde que estejam de acordo com a prática ética e não resultem em alegações de cuidado inadequado.

### Princípio da justiça social

A profissão médica deve promover a justiça no sistema de saúde, inclusive a distribuição justa de recursos para atendimento. Os médicos devem trabalhar ativamente para

eliminar a discriminação na assistência médica em relação à raça, sexo, condição socioeconômica, etnia, religião ou qualquer grupo social.

## RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS

### Compromisso de competência profissional

Os médicos devem manter-se em aprendizado contínuo e responsabilizar-se pelo desenvolvimento do conhecimento médico e das suas capacidades clínicas e de equipe necessárias à prestação de assistência de qualidade. Mais abrangentemente, toda profissão deve se empenhar para que seus membros atuem competentemente, como devem se assegurar de haver meios adequados para os médicos atingirem esta meta.

### Compromisso de honestidade

Antes dos pacientes concordarem com algum tratamento, e após a sua realização, os médicos devem se assegurar de que recebam informações completas e francas sobre o asunto. O que não significa que os pacientes devam participar de cada decisão sobre o cuidado médico; porém, significa que devem estar capazes de decidir com liberdade e informação sobre o curso do tratamento.

Os médicos devem também reconhecer que podem ocorrer erros profissionais médicos capazes de prejudicar os pacientes que estão sob seus cuidados. Sempre que estes forem prejudicados em consequência de cuidados médicos, devem ser informados disto o mais rápido possível, pois caso tal comunicação não ocorra compromete-se seriamente a confiança dos pacientes e da sociedade no trabalho médico.

O relato e a análise dos erros profissionais de médicos alicerçam as estratégias adequadas para prevenir, aprimorar e compensar os danos que ocorram

## Compromisso de confidencialidade

É necessário que o médico respeite a confidencialidade das informações sobre seus pacientes de modo a obter e conservar sua confiança. Este compromisso estende-se à comunicação com os responsáveis pelo paciente, quando este for incapaz de consentir.

Atualmente, a responsabilidade com o dever de sigilo é mais premente por causa do uso disseminado de sistemas eletrônicos para a compilação de dados dos pacientes e a crescente disponibilidade de informações genéticas. No entanto, os médicos reconhecem que seu compromisso de confidencialidade pode ocasionalmente gerar discussões de suma importância para o interesse público (por exemplo, quando algum paciente coloque outras pessoas em risco).

## Compromisso de relacionamento adequado

Considerando a vulnerabilidade própria dos pacientes e sua dependência, certos relacionamentos entre médicos e pacientes devem ser evitados. Os médicos nunca devem explorar os pacientes para obter qualquer vantagem sexual, financeira, pessoal ou outra.

## Compromisso de melhoria da qualidade do cuidado

Os médicos devem se dedicar ao aprimoramento contínuo da qualidade do cuidado que prestam. Este compromisso consiste não apenas em manter a competência clínica, mas também em colaborar com outros profissionais para reduzir o erro médico, aumentar a segurança dos pacientes, minimizar o uso de recursos excessivos na assistência e otimizar os resultados do atendimento.

Os médicos devem participar ativamente do desenvolvimento e aplicação das melhores medidas de qualidade no atendimento, a fim de avaliarem rotineiramente o desempenho de todos os indivíduos, serviços e sistemas responsáveis pela prestação de cuidados médicos.

Os médicos – individualmente ou por meio de suas associações profissionais – devem assumir a responsabilidade de auxiliar a criação e implementaçãode mecanismos destinados a estimular a melhoria contínua na qualidade do resultado do seu trabalho.

**Compromisso de melhoria do acesso ao cuidado**

O profissionalismo médico requer que o objetivo de todos os sistemas de saúde vise a disponibilidade de um padrão de atendimento uniforme e adequado. Os médicos devem, individual e coletivamente, se esforçar para reduzir as barreiras que impeçam um atendimento equitativo.

Os médicos devem trabalhar dentro de cada sistema para eliminar os obstáculos econômicos, culturais, jurídicos, geográficos ou outros quaisquer que possam dificultar ou impedir o acesso de todos os necessitados aos serviços de saúde. Seu compromisso com a equidade abrange a promoção da saúde pública e os procedimentos preventivos, assim como a proteção pública por parte de cada médico, sem preocupação com seus próprios interesses ou os de sua corporação.

**Compromisso de distribuição justa de recursos limitados**

Ao atender às necessidades individuais dos pacientes, os médicos devem oferecer seus cuidados profissionais baseados em gestão tão competente que propicie boa relação custo/eficiência dos limitados recursos clínicos. Devem manter o compromisso de trabalhar com outros médicos, hospitais e financiadores para elaborarem diretrizes que objetivem um tratamento com boa relação custo/eficiência.

A responsabilidade profissional do médico em termos de alocação adequada de recursos requer evitar criteriosamente a solicitação de exames e outros procedimentos dispensáveis. A prestação de serviços desnecessários expõe os pacientes a danos e exagera custos evitáveis, além de reduzir os recursos disponíveis para outros que tenham necessidade.

### Compromisso de conhecimento científico

Grande parte do contrato da medicina com a sociedade baseia-se no uso adequado e racional da tecnologia e dos conhecimentos científicos. Os médicos têm o dever de manter padrões científicos, promover pesquisas, criar novos conhecimentos e assegurar seu uso devido. A profissão é responsável pela integridade deste conhecimento, baseado em provas científicas e na experiência dos médicos.

### Compromisso de ser leal nos conflitos de interesse

Os médicos e suas entidades profissionais têm muitas oportunidades de comprometer suas imagens e responsabilidades profissionais ao buscar ganho privado ou vantagens pessoais como resultado de suas atividades. Essas situações são especialmente ameaçadoras quando se procura relações pessoais ou entre organizações com empresas com fins lucrativos, como as fabricantes de equipamentos médicos, companhias de seguros e indústrias farmacêuticas.

Os médicos têm a obrigação de reconhecer, revelar para o público e administrar os eventuais conflitos de interesse que surgirem no desempenho de suas atividades profissionais. Devem revelar as relações entre as empresas e os líderes de opinião, principalmente quando estes definem (ou fiscalizem) os critérios para realizar e publicar ensaios clínicos, redigir editoriais ou diretrizes terapêuticas, ou atuem como editores de revistas científicas.

### Compromisso de responsabilidades profissionais

Como membros de uma profissão, espera-se que os médicos trabalhem em cooperação para maximizar a atenção aos pacientes, respeitem uns aos outros e participem dos processos de autorregulação, que incluem reparação e procedimento disciplinar dos membros que não atenderem aos padrões profissionais.

A profissão também deve definir e organizar o processo educacional e de estabelecimento de padrões para os membros atuais e futuros. Os médicos têm a obrigação individual e coletiva de participar destes processos, incluindo avaliação interna e aceite de escrutínio externo de todos os aspectos de seu desempenho profissional.

### Resumo

As pessoas que praticam a medicina nos tempos atuais são assediadas por desafios inéditos em praticamente todas as culturas e sociedades contemporâneas. Esses desafios centram-se em lacunas crescentes que se interpõem entre as necessidades legítimas dos pacientes e os recursos disponíveis para atendê-las, a dependência cada vez maior das regras de mercado para transformar os sistemas de atenção à saúde e a tentação dos médicos a abandonarem seus compromissos tradicionais, entre os quais se destaca a obrigação de dar prioridade aos interesses dos pacientes.

Para manter a fidelidade do contrato social da medicina durante estes tempos turbulentos, pode-se acreditar que os médicos devam reafirmar sua dedicação ativa aos princípios do profissionalismo, que compreendem não apenas o compromisso pessoal com o bem-estar de seus pacientes, mas também as iniciativas coletivas para melhorar o sistema de saúde em prol do bem-estar da sociedade.

Esta agenda sobre profissionalismo médico visa estimular essa dedicação e promover um conjunto de ações para a profissão médica, que seja universal em termos de conteúdo e propósito.

*Fonte: Centro Cochrane do Brasil (emunimed.com.brhttp://www.unimeds.com.br/layouts/materia/materia_unimedicos.asp?cod=906)*

As propostas delineadas nesta agenda de ação política recomendada para os médicos e suas entidades corporativas pretendem ser instrumento de luta pelo aperfeiçoamento da assistência médica, tal como praticada em todo o mundo. Mas principalmente

nos países subdesenvolvidos, como o Brasil. Países onde a situação econômica e social do médico está verdadeiramente vergonhosa, dentro do contexto geral de pauperização da assistência à saúde pública. Como sucedeu em todos os lugares nos quais o Estado deixou de ser agência de segurança e bem-estar do povo e se transformou em garantidor da segurança e da lucratividade dos banqueiros. O que se pode constatar comparando o ganho da especulação financeira com o investimento em educação e saúde.

> *Qualquer um pode comparar,com outros países de sua vizinhança, o que o Brasil despende* per capita*/ano em assistência médica.*

A situação socioprofissional dos médicos encontra-se em franca decadência. Os médicos trabalham em regime de super-exploração, submetidos a estados de tensão e sobrecarga que leva muitos ao esgotamento (síndrome de burnout) ou a numerosas outras manifestações de desajustamento às suas condições existenciais, sem falar em várias outras formas de mal-adaptação psicossocial, como o alcoolismo e o abuso ou dependência de outras substâncias dependenciógenas.

> *Fundamentada nos antigos princípios éticos hipocráticos de lealdade prioritária aos interesses do paciente e da abnegação médica, esta agenda clama pela restauração dos valores essenciais da medicina. Este sim pode ser considerado o ponto inicial daquilo que se poderia chamar de resistência médica humanitária aos valores alienadores da globalização e do individualismo neoliberalista.*

## O médico do futuro deve aspirar a ser assim

Relacionando as condições de sua origem e de seu estado atual, os autores do relatório anual do The Hastings Center Report, suplemento especial de novembro-dezembro de 1996, permitem-se supor que, em futuro próximo, os médicos devem aspirar fazer uma medicina como esquematizada no texto a seguir.

**Medicina honrada**. Que conduza sua vida profissional. Tal medicina não pode senão comprometer-se com um permanente diálogo com as sociedades nas quais é praticada e nas quais está imersa. As sociedades pagarão por esta medicina, ver-se-ão profundamente afetadas por ela e terão suas próprias ideias sobre qual será a melhor maneira de usá-la. Não obstante, a medicina não deve converter-se em marcenaria da sociedade, existindo simplesmente para cumprir suas ordens, pondo sua capacidade a serviço de qualquer propósito que lhe ordenem.

A medicina deve possuir sua própria vida interior e sua própria – e clara – direção e sentido social. Deve escutar o que a sociedade deseja dela e tratar de ser o mais solícita possível às suas demandas. Porém, no fundo, deverá traçar seu curso solidário com o da sociedade. A rentabilidade técnica da medicina moderna, sua capacidade para oferecer às pessoas o que a natureza não lhes oferece sem sua ajuda, e seu poder de fomentar sonhos de transformação do gênero humano, fazem com que muitas vezes lhe seja sumamente difícil encontrar seu próprio rumo.

Porém, este rumo pode ser encontrado na própria medicina, começando por sua própria história e tradições, regressando vez por outra a seus propósitos originais: o alívio dos que sofrem e a busca da saúde.

A pergunta que a medicina deve sempre formular a seus aspirantes a donos, a seus patrões e a seus financiadores é a seguinte: os senhores podem nos ajudar a ser fiéis a nós mesmos e àqueles a quem servimos?

**Medicina moderada, prudente**. Apesar de todo o poder da investigação e dos avanços médicos, os seres humanos continuarão a enfermar e a morrer. Conquistada uma enfermidade, outras aparecerão e outra e mais outra. A morte pode ser adiada e desviada por algum tempo, nunca vencida. A dor e o sofrimento continuarão parte da condição humana. Estas são verdades poderosas, ainda que simples e fáceis de olvidar no entusiasmo pelos novos

conhecimentos e tecnologias inovadoras. As pessoas sempre terão de ser cuidadas quando as possibilidades da medicina curativa alcancem seus limites; então, só os cuidados, a paliação e o respeito ajudarão os enfermos a morrer.

Uma medicina moderada e prudente sempre terá estas verdades ante si, buscando o progresso, sem deixar-se enganar por ele nem permitindo-lhe que se deixe a esquecer que a mortalidade é característica intrínseca da condição humana. Uma medicina prudente e moderada equilibrará sua luta contra a enfermidade sabendo que seu papel não é buscar a transcendência do corpo, mas ajudar as pessoas a viverem o mais saudáveis que possam, nos limites de um ciclo vital finito.

**Medicina exequível, sustentável.** Boa parte da lógica da investigação médica, igual a sua capacidade de agradar ao mercado, põe a medicina em um caminho economicamente inacessível. Quase todos os países lutam com o contínuo surgir de novas tecnologias e a crescente demanda do público por melhor assistência sanitária. Cujos custos – uma vez ou outra podem ser controlados, mas raras vezes por muito tempo – quase sempre são empurrados para cima, em todas as partes. Muitos acreditam que esquemas organizativos mais inteligentes, melhores controles governamentais ou diferentes incentivos e desestímulos econômicos poderiam controlar internamente as pressões expansionistas da medicina moderna. Porém, tal esperança resulta errônea se repousa somente na técnica.

Só a reinterpretação simultânea das metas da medicina fará com que as técnicas organizativas e econômicas se tornem aceitáveis moral e socialmente.

Dada sua natureza, os governos e mercados podem forçar as pessoas a viverem nos limites impostos externamente. A medicina mais humana trabalhará para adaptar suas metas à realidade econômica e respeitar os limites das possibilidades médicas naquelas realidades. E perseguirá metas que lhe permitam ser exequível e – portanto – sustentável a longo prazo.

Socialmente sensível e pluralista, a medicina tomará diferentes formas e se expressará de distintas maneiras nos diversos países e culturas. Deve estar aberta a este pluralismo enquanto procura manter-se fiel às suas raízes e tradições.

A medicina socialmente sensível fica alerta para as necessidades socioculturais dos diferentes grupos e sociedades, às frutíferas possibilidades das novas maneiras de entender a saúde e a enfermidade e às potencialidades das diversas formas de conceber a medicina para coexistir e enriquecer com elas.

**Medicina justa e equitativa.** A medicina destituída de limites e de bússola, que cede ante o mercado e esquece da finitude e vulnerabilidade da condição humana, não pode ser justa nem equitativa. Seguirá o dinheiro e o poder, que se alimentam do equivocado desejo, ainda que compreensível, de se sobrepor à natureza e aos limites das possibilidades humanas.

A injustiça política,  econômica e a má administração dos serviços públicos deformam a alocação de recursos médico-sociais e deterioram a imagem da medicina que, estreitamente, é considerada fonte de dinheiro, empregos, vendas e exportação de tecnologia ou veículo para o progresso humano infinito. Uma medicina equitativa requer apoio médico e administrativo, além de fundamentação política. O que não ocorre espontaneamente: exige iniciativa política coletiva.

Uma medicina equitativa será exequível para todos. A economia das sociedades é que deve provê-la. E não só para quem possa pagar, para todos. Esta medicina não cria novos medicamentos e máquinas só acessíveis aos ricos. Ou que quebrará os governos que tentem prestá-la. Convive com a inevitabilidade da enfermidade e da morte, e não lutará para prolongar o inevitável a qualquer custo.

Medicina que confie – mais que no passado recente – na saúde pública, na promoção da saúde e na prevenção das enfermidades.

Entenderá que o desejo de gastar mais na melhoria da saúde sempre estará em tensão com outras necessidades sociais. Uma medicina equitativa, sobretudo se considerando uma orçamentação financeira razoável, equilibrando com sensatez as necessidades da saúde e as possibilidades médicas com as dos outros setores sociais.

Finalmente, a medicina do futuro deve se esforçar para ver a si mesma como medicina que respeita as opções e a dignidade humana.

A medicina moderna apresenta complexa gama de opções, muitas das quais extremadamente difíceis para os indivíduos e as sociedades. Uma condição moral necessária para dar resposta a tais opções é a participação democrática à tomada de decisões sociais. (Que, no Brasil, por ignorância, costuma-se chamar de controle social, seu exato oposto conceitual.) Participação que deve coexistir com a liberdade de escolha onde forem possíveis as decisões individuais. A liberdade de optar – o direito fundamental à autodeterminação – implica em deveres e responsabilidades.

Como cidadãos devemos tomar decisões sobre a apropriada locação de recursos e sobre o lugar relativo da saúde como bem social. Como pacientes reais ou potenciais teremos de pensar acerca do modo em que vivemos, nos esforços que podemos empreender para nos manter saudáveis em nossos deveres para com nossas famílias e para com os demais pacientes. Teremos que fazer opções responsáveis sobre o uso que fazemos do conhecimento médico e da técnica, para controle da procriação, para configurar o estado de ânimo e a conduta, e para suspender o tratamento no final da vida. Assumir apropriadamente estas responsabilidades exigirá educação, discussão pública, autoexame individual sério e o contexto político, médico e social que respeite a dignidade e as opções humanas.

Evidentemente, será importante sempre ter em mente as responsabilidades morais e médicas que são corolários da livre opção,

tal qual a necessidade de contar, como pano de fundo, com um debate comunitário sobre os conteúdos e as implicações sociais das opções dos indivíduos. Isto consiste tão só em reconhecer a necessária e frutífera interação – e às vezes a tensão – entre o bem individual e o bem comum.

# Anexo 1

## CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO(*)
## CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

### Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001

### Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "c", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

### RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I- Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II- Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles con-

fiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI- Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II- atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III- comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV- informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V- realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI- dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII- diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII- reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX- otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos;

X- exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI- utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII- reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII- atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV- realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV- conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI- lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII- atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contrarreferência;

XVIII- cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX- considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX- ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI- atuar em equipe multiprofissional; e

XXII- manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país,

a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

I- conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico os utiliza;

II- compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III- abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV- compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V- diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e

VI- promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento – e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em

serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pe-

dagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I- ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II- utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III- incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV- promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V- inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI- utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII- propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e

VIII- vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o

sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES a qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

*Arthur Roquete de Macedo*
*Presidente da Câmara de Educação Superior*

# Anexo 2

## RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/01

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.405, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Lei nº 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance para o perfeito desempenho ético da medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre essas categorias profissionais nem sempre estão bem definidos;

CONSIDERANDO que quando do início da vigência da Lei nº 3.268/57 existiam praticamente só cinco profissões que compartilhavam o campo e o mercado dos serviços de saúde, quais sejam, a Medicina, a Veterinária, a Odontologia, a Farmácia e a Enfermagem, e que os limites entre essas carreiras profissionais estavam ajustados milenarmente em quase todos os casos;

CONSIDERANDO que agora, diferentemente, a área da saúde e da doença está pletorada de agentes profissionais sem que haja clara definição dos limites dos seus campos de trabalho;

CONSIDERANDO que cada uma dessas novas profissões foi instituída como se fosse uma atividade isolada, sem muita preocupação com as atividades que lhe eram limítrofes e sem estipulação

precisa de quais seriam suas atividades privativas, de quais seriam as que compartilhariam com outras profissões e quais seriam essas categorias ocupacionais;

CONSIDERANDO a necessidade de haver uma melhor definição das atividades profissionais típicas e privativas de cada categoria profissional, dos limites de cada uma, das relações entre as atividades limítrofes e das relações de cada uma delas com a Medicina, por ser, de todas, a mais antiga e a de campo mais amplo de atuação, vez que interage com todas as outras;

CONSIDERANDO que se deve atentar para a unidade da Medicina, que não pode ser pulverizada, sem grave prejuízo para o interesse social;

CONSIDERANDO os conceitos essenciais da Medicina Preventiva, quais sejam, o de prevenção primária (profilaxia da ocorrência da enfermidade), prevenção secundária (prevenção da evolução da enfermidade) e prevenção terciária (prevenção da invalidez determinada por uma enfermidade);

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas à definição e alcance do ato médico;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária de 23 de outubro de 2001, realizada em Manaus, com supedâneo na Exposição de Motivos anexa;

CONSIDERANDO a Exposição de Motivos anexa a esta resolução,

## RESOLVE:

Artigo 1º - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

II. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

§ 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

Artigo 2º - O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei.

Artigo 3º - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico.

Artigo 4º - O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Manaus-AM, 23 de outubro de 2001

*Edson de Oliveira Andrade - Presidente*
*Rubens dos Santos Silva - Secretário-geral*

# Anexo à Resolução CFM nº 1.627/01

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Ato profissional é como se denomina, de maneira rigorosamente científica, uma ação, procedimento ou atividade que a legislação regulamentadora de uma profissão atribua aos agentes de uma dada categoria profissional; ainda que esta não lhes seja exclusiva ou seja privativa daqueles profissionais. Todo ato profissional deve ser praticado por pessoa adequadamente preparada, devidamente habilitada e que esteja exercendo legalmente sua profissão, de acordo com a legislação vigente. Os atos profissionais privativos ou exclusivos de uma profissão configuram o que se denomina o monopólio profissional, que decorre principalmente da necessidade que a sociedade tem daquele serviço e da importância que lhe atribui.

Por um lado, os agentes profissionais são considerados peritos naquela ação ou atividade e podem exercê-la livremente no mercado de empregos ou de locação de serviços. Como contrapartida, respondem pelos danos que causarem e prejuízos que acarretarem por imperícia, imprudência ou negligência. Além de estarem comprometidos com uma instituição denominada *múnus* público, que configura certos deveres com a sociedade e com o Estado – tudo isso, como compensação por se lhes assegurar o monopólio do mercado daquele serviço. Qualquer profissional, de qualquer profissão, que causar dano a um cliente por negligência, imperícia ou imprudência comete um erro profissional e responderá por conduta culposa.

Os atos profissionais podem ser atribuídos de maneira *privativa aos agentes de uma profissão*, caso em que só podem ser executados por um agente profissional legalmente habilitado daquela categoria profissional. Ou podem ser típicos de uma profissão ou mesmo específicos dela, mas sendo compartilhados com agentes

de outra categoria profissional (ou diversas delas). Quando um procedimento é privativo de uma profissão, deve ser chamado *ato privativo profissional* ou *privilégio profissional*.

Também se sabe que a execução de um ato profissional presume a existência de um contrato entre o cliente e o prestador do serviço. E que tal contrato pode ser explícito ou implícito. Dependendo de diversos fatores, dentre eles o tipo de atividade e a praxe ou costume da cultura ou subcultura na qual aquela relação está sendo realizada.

Deve-se repetir, sempre, que por definição os atos profissionais devem ser exercidos prioritariamente em benefício do cliente. A desobediência deste princípio de beneficência motiva grande parte das infrações profissionais de todas as profissões e, mais ainda, os transtornos das relações profissional-cliente.

Uma categoria particular de ato profissional é o *ato médico* ou *ato profissional de médico*. Analogamente, deve-se atentar que a expressão *erro médico*, muito usada na mídia contemporânea, é uma contração da expressão *erro profissional de médico.* Não é restrito aos médicos, ainda que estes sejam muito mais cobrados por sua prática. A expressão *erro médico* tem sido empregada com propósitos antimédicos. Não deve ser usada por quem não se solidarize com esse propósito, a não ser que também fale (e, até, escreva) erro odontológico, erro advocatício, erro engenheiral e outros semelhantes. Curiosamente, nota-se que muitos médicos cultivam essa denominação, ao invés de preferir erro profissional de médico, o que conceitualmente seria melhor e politicamente mais correto.

Ato médico ou ato profissional de médico, que também pode ser denominado procedimento médico ou procedimento técnico específico de profissional da medicina, é a ação ou o procedimento profissional praticado por um médico com os objetivos gerais de prestar assistência médica, investigar as enfermidades ou a condição de enfermo ou ensinar disciplinas médicas. Como prática

clínica, é sempre exercido em favor de paciente que lhe solicitou ajuda ou está evidente que dela necessita, mediante contrato implícito ou explícito, utilizando os recursos disponíveis nos limites da previsão legal, da codificação ética, da possibilidade técnico-científica, da moralidade da cultura e da vontade do paciente. Essa ação ou procedimento deve estar voltada para o incremento do bem-estar das pessoas, a profilaxia ou o diagnóstico de enfermidades, a terapêutica ou a reabilitação de enfermos.

À medida que os procedimentos médicos só podem ser exercidos por pessoas legalmente habilitadas para exercer a medicina, isto é, os médicos, é impossível fugir à tautologia de um ato médico ser uma ação ou atividade de médico. Mesmo que nem toda ação de um médico possa ser classificada como um procedimento médico – da mesma maneira que, por similitude, ocorre com o ato legislativo e o legislador.

Quando isso for possível, porque as ciências médicas não oferecem solução para todas as necessidades dos enfermos, o ato médico deve estar fundamentado em conhecimento aceito por sua comunidade profissional, cientificamente embasado na informação mais atual e ter como objetivo fomentar a saúde, evitar ou diagnosticar as enfermidades e/ou tratar ou reabilitar os enfermos.

Um ato médico pode ter como objeto um indivíduo ou uma coletividade. E pode usar qualquer meio aceito pela comunidade científica como adequado para aquele propósito.

O exercício dos atos médicos é função privativa de quem é formado em medicina em estabelecimento educacional oficial ou oficialmente reconhecido, estando, portanto, legalmente capacitado. Ademais, exige-se que esteja formalmente habilitado pelo conselho regional de medicina de seu estado, e registrado no organismo competente de vigilância sanitária do sistema de saúde a que estiver vinculado.

Não é possível ser meio médico. Nem alguém pode ser uma fração qualquer de um médico. O especialista não é nem pode ser um pedaço de médico. É um médico inteiro, que atua com mais desembaraço e maior capacidade em determinada área da medicina. A despeito disso nem sempre ser verdadeiro na prática, a especialidade deve enriquecer o médico e não empobrecê-lo em sua capacidade profissional, limitando-o.

Os atos médicos podem ser privativos de profissional médico ou podem ser compartilhados com outros profissionais, caso a legislação que regulamentou aquela profissão assim o determine. No entanto, mesmo que alguns atos profissionais médicos, eventualmente, possam ser compartilhados com agentes de outras profissões, nenhum deles lhe pode ser negado ou restrito.

Desta definição, ressaltam as seguintes observações:

- o ato médico é um ato profissional aceito pela comunidade médica e consoante com os objetos e os objetivos da medicina, que deve estar, sempre que possível, sintonizado com o melhor conhecimento científico;

- reconhece-se na medicina quatro objetos fundamentais e essenciais: o enfermo, a enfermidade, o indivíduo e a coletividade;

- o ato médico deve ser exercido sempre com boa-fé e em benefício de quem dele necessita (de preferência quando este expressa o desejo de ser atendido e cuidado, e consente nas medidas diagnósticas e terapêuticas que devem ser tomadas).

Esta exigência de beneficência é a mais importante nas profissões em geral. Porém, é particularmente importante nas profissões de serviço, em geral, e nas profissões de saúde, em particular.

O ato médico deve estar sempre limitado pela lei, pelo código de ética, pelas possibilidades técnico-científicas disponíveis, pela moralidade vigente na cultura e pela vontade do paciente.

O ato médico tipicamente clínico deve ter algum dos objetivos mais amplos da medicina: fomentar a saúde, evitar as enfermidades, diagnosticar as condições patológicas, tratar e reabilitar os enfermos.

Além dos atos médicos de natureza clínica existem os atos profissionais de médico de natureza pericial, administrativa (planejamento e direção de serviços e programas) ou política (assessoria, conselho).

Um determinado ato profissional médico pode não ser privativo do profissional médico, nos casos em que ele compartilha muitos procedimentos com agentes de outras profissões, mas nenhum lhe pode ser negado a pretexto de ser compartilhado.

## Alcance dos atos médicos

Nem sempre os atos médicos se restringem à realização de procedimentos médicos mais conhecidos como tal. Como sucede com consultas e operações cirúrgicas. Porque, como já se disse, os atos médicos não incluem apenas os procedimentos exclusivamente médicos ou privativos de médicos, mas os atos e procedimentos tipicamente médicos que podem ser compartilhados com outros profissionais, em virtude de sua natureza ou de definição legal. Atos tipicamente médicos, mas não exclusivos da medicina, podem ser compartilhados com agentes de outras profissões. E os médicos podem realizar alguns procedimentos típicos de outras profissões.

Como exemplo à assertiva acima, temos que muitas cirurgias buco-maxilo-faciais podem ser legalmente praticadas por médicos e por cirurgiões dentistas; a psicoterapia, entre nós, é compartilhada por médicos e psicólogos; procedimentos como injeções parenterais, curativos em lesões superficiais, colheita de material para exame mediante técnicas invasivas são compartilhados por médicos e por enfermeiros. Os médicos e os veterinários compar-

tilham a capacidade de exercer inúmeros procedimentos, variando apenas o objeto de sua aplicação.

## Modalidades de atos médicos

Os atos tipicamente médicos, mas compartilhados com agentes de outras profissões, são:

- realização de atos profiláticos de enfermidade ou procedimentos higiênicos que possam ser ou vir a ser fomentadores de bem-estar individual ou coletivo;

- realização de procedimentos profiláticos ou reabilitadores que não impliquem em diagnosticar enfermidades ou realizar procedimentos terapêuticos e procedimentos diagnósticos;

- realização de exames subsidiários complementares do diagnóstico médico, nos termos da lei.

Por outro lado, os procedimentos profissionais privativos dos médicos são os seguintes:

- diagnóstico de enfermidades e indicação e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos em enfermos;

- elaboração da história clínica (história da doença e anamnese), relatórios de exames e os respectivos laudos;

- execução e solicitação de exames físicos, psíquicos e complementares visando ao diagnóstico de enfermidades ou ao acompanhamento terapêutico;

- pedido, indicação, realização ou execução, interpretação, laudos e valorização de exames principais, subsidiários e complementares ou quaisquer outros procedimentos destinados ao diagnóstico médico, para os quais os médicos estejam devidamente capacitados e habilitados;

- realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos ou quaisquer outros com finalidade diagnóstica, profilática, terapêutica ou de reabilitação que impliquem em algum procedimento diagnóstico ou terapêutico;

- realização de perícias administrativas, cíveis ou penais em sua área de competência;

- acompanhamento, assessoria, avaliação e controle da assistência aos enfermos padecentes de qualquer enfermidade;

- indicação e execução de medidas de reabilitação em pessoas prejudicadas por enfermidade;

- exercer a direção de serviços médicos;

- planejamento, execução, controle, supervisão e auditoria de serviços médico-sanitários oficiais ou privados;

- ensinar as disciplinas médicas ou outras matérias relacionadas com sua atividade profissional.

## Trabalho social, ocupação e profissão

Ao estabelecer uma profissão, a lei deve explicitar quais atos típicos a ela inerentes devem ser compartilhados com outras atividades profissionais e quais são aqueles que devem ser realizados unicamente por seus agentes.

Na linguagem do senso comum, denomina-se *profissão* a qualquer ocupação que exija conhecimentos ou habilidades consideradas como altamente especializados e cujo desempenho técnico e social demande algum tipo de controle. Toda profissão é um tipo de *ocupação* (trabalho social exercido com habitualidade e de onde a pessoa retira seu sustento). E a ocupação é uma modalidade particular de *trabalho social* (qualquer atividade econômica

que alguém exerça para receber alguma retribuição, geralmente monetária).

Como termo técnico da sociologia do trabalho, define-se *profissão* como a atividade econômica especializada, permanente e institucionalizada legalmente, cujo *status* e papéis sociais de seus agentes podem ser modificados (mudanças culturais) no tempo e espaço, mas que conferem sempre nítida superioridade ao profissional em relação à sua clientela. Esta superioridade relativa decorre da vantagem que o profissional leva em matéria de conhecimento. Mas é muito mais evidente nas profissões denominadas de saúde, nas quais, na maioria das vezes, o cliente vê ampliada essa desigualdade frente ao agente profissional porque está vivendo uma situação de maior ou menor vulnerabilidade (dor ou outra manifestação de sofrimento, medo, insegurança, ameaça ao próprio bem-estar, à integridade estrutural ou funcional ou, mesmo, à vida).

O conceito de *profissão de serviço* se aplica às ocupações que se destinam a prestar serviços, diferentemente daquelas que objetivam produzir bens. Denomina-se *profissão de saúde* a profissão que se destina a prestar serviços relacionados com o incremento, a conservação ou a recuperação da saúde.

Uma profissão se diferencia das demais ocupações pelas seguintes características conceituais:

- a atividade profissional deve desfrutar do reconhecimento de sua necessidade pública e de seu relevo social pela cultura;

- a existência de uma profissão, os limites de ação e as competências dos seus agentes são sempre definidos em lei;

- os agentes profissionais devem ter sua formação promovida ou controlada pelo Estado (geralmente de nível superior e reconhecida base científica), legalmente regulamentada, de caráter oficial ou oficialmente reconhecida;

• todos os agentes de uma profissão devem adesão obrigatória e submissão estrita a determinadas regras de conduta socialmente codificadas, de caráter nitidamente altruísta e claramente codificadas (que configuram as normas, os valores, os princípios e as regras da ética daquela profissão), cuja normatização, fiscalização e sanções competem a mecanismos e organizações oficiais legalmente instituídos;

• em todas as legislações instituidoras das profissões deve existir a definição dos atos que são privativos de seus agentes e dos que podem ser compartilhados com outros profissionais, além de dever existir a proibição legal expressa do exercício daquelas atividades por parte de não membros da categoria;

• por causa da nítida superioridade que os agentes de uma profissão exercem sobre seus clientes, também deve haver completa submissão dos seus agentes profissionais a um processo permanente de normatização, fiscalização e controle de seu exercício.

Consoante a tradição anglo-saxônica, a profissão tem este sentido mais estrito de ocupação diferenciada pela formação superior – enquanto os europeus continentais costumam empregar este termo para designar quaisquer ocupações legalmente regulamentadas ou socialmente diferenciadas.

No primeiro desses sentidos da atividade profissional, a ética profissional (código de ética e de conduta prescritos para determinada atividade profissional) não deve ser considerada como uma dádiva dos profissionais, mas como compensação à sociedade pelos direitos que lhes são outorgados por ela através da lei, principalmente o monopólio do mercado de trabalho e de empregos. Monopólio que costuma ser objeto de vigilância mais ou menos estrita por parte dos organismos corporativos. A exemplo de seus antecedentes históricos, as guildas corporativas medievais, todas as entidades profissionais lutam por ampliar ou,

no pior dos casos, manter seus limites de atuação no mercado de trabalho. Isto também ocorre com as entidades médicas, bem como na atividade de todos os demais agentes profissionais cuja ação limita com a dos médicos. Por isso, muitas vezes, no afã de se mostrar não corporativista, o médico, o dirigente de entidade profissional, pode exercer o corporativismo em favor de outras corporações e em desfavor dos interesses de sua categoria e da sociedade.

Até há bem pouco tempo, atribuía-se o estatuto de profissão no Brasil unicamente às ocupações obtidas em formação universitária. Atualmente, existem atividades ocupacionais de nível médio que são reconhecidas como profissões, bastando que estejam definidas em lei, exijam preparo específico e seus agentes estejam sujeitos a um código de conduta, como acontece com o pessoal de enfermagem de nível médio e elementar, por exemplo (embora esta designação seja considerada tecnicamente incorreta por muitos). A exceção da exceção é a categoria dos motoristas "profissionais", que exige unicamente alfabetização e capacidade técnica comprovada, sendo dispensadas de todas as demais exigências de profissionalidade.

## Profissionalidade

As profissões, os profissionais e os procedimentos que realizam variam em profissionalidade, a qualidade de tudo aquilo que é profissional. Pode-se definir profissionalidade como o conjunto de atributos que caracterizam o que é profissional. O conhecimento da noção de profissionalidade parece ser muito necessário porque nem todas as atividades profissionais (individuais ou coletivas) detêm o mesmo grau de profissionalidade. Isto é, nem todas apresentam o mesmo grau das características que tipificam aquela atividade como uma profissão. Ou seja, o teor de profissionalidade pode variar muito nas profissões e nos agentes profissionais. No plano individual, a proporção de profissionalidade – *profissionalism,* em inglês, que deve ser traduzido por profissionalidade

em português (como, aliás, acontece com muitas outras expressões inglesas construídas com este mesmo sufixo) – determina a diferença entre o trabalho de um profissional (que faz seu dever) e o de um amador (que busca o prazer e a recreação).

Profissionalidade que muitos autores, entre nós, chamam *profissionalismo* por causa da influência da língua inglesa e a atração ideológica que ela exerce, principalmente sobre os espíritos mais pequeninos e tendentes a serem colonizados.

O grau de profissionalidade é um dos fatores que possibilita a hierarquização dos profissionais. A proporção de profissionalidade presente em uma certa ocupação influi muito na imagem pública de seus agentes e instituições, ao mesmo tempo que determina a importância que a sociedade vai lhes atribuir (fator essencial na caracterização de uma profissão e do significado social que ela usufrua).

É possível reconhecer alguns *indicadores de profissionalidade*, entendendo-se assim algumas características que possam ser tidas como essenciais do desempenho profissional e que permitem identificar o agente profissional, a profissão e a conduta profissional. Nesse sentido, as diferentes profissões e os diferentes profissionais seriam ordenados em função destas características empregadas como indicadores de profissionalidade.

As características conceituais mais essenciais da profissão como modalidade de trabalho social são as seguintes:

- exercício privilegiado de uma atividade socialmente valorizada e legalmente instituída;

- a liberdade de escolher os clientes e os meios para servi-los é uma característica essencial dos profissionais, ao menos como profissionais liberais; uma profissão deve ser escolhida livremente e livremente exercida, o que fundamenta a maior responsabilidade do profissional;

- responsabilidade individual (cível, penal, administrativa e ética) dos agentes profissionais no desempenho de atos específicos de sua profissão;

- exigência e reconhecimento da capacidade técnica baseada no conhecimento teórico-acadêmico, na experiência prática controlada, o que corresponde a um nível superior de instrução demonstrada em exames oficialmente regulamentados e no reconhecimento pelos demais profissionais;

- atitude social e conduta profissional positivas permanentemente aferidas por um código de conduta que varia segundo o nível de organização da corporação e a consciência social de seu valor, mas que se orienta pelo princípio da lealdade prioritária ao cliente e da consciência do dever;

- a atividade profissional prioriza o bem público e o interesse da clientela, o que se traduz no grau de consciência social de seus praticantes e vem a resultar no seu reconhecimento legal, sendo outro importante fator de reconhecimento social; e, por último,

- nível elevado de altruísmo e de probidade por parte de seus praticantes em relação à sua clientela, reconhecendo-lhe a vulnerabilidade e a dissimetria na relação.

O controle da conduta dos agentes profissionais ultrapassa os limites de seu desempenho profissional estrito e se aplica à sua conduta pessoal e social sempre que esta possa prejudicar seu desempenho profissional ou a imagem da corporação.

Um agente profissional deve ser duplamente controlado: tanto pelos mecanismos formais (conselhos profissionais, organismos estatais de vigilância) como pelos numerosos mecanismos informais de controle (por seus empregadores e colegas, pela opinião pública, pela opinião de seus clientes, pela imprensa, pelas entidades de defesa deste ou daquele interesse social e muitos outros mecanismos que exercem permanente vigilância sobre sua con-

duta e sobre a imagem que projeta na consciência social, especialmente na consciência moral de sua comunidade).

## Profissionais e clientes

Os agentes sociais que interagem com os profissionais na sociedade, constituindo a contrapartida necessária de seu trabalho, são os *clientes*. A noção de cliente é complementar e necessária em relação à de profissional.

Profissionais e clientes são os polos mais importantes quando sua relação pode ocorrer como uma atividade liberal, uma atividade econômica autônoma, uma relação direta entre ele e seu cliente. Ou sua relação econômica com seu cliente pode ser intermediada. É cada vez mais comum que a relação econômica entre os profissionais e os seus clientes sejam intermediadas por organizações sociais de natureza privada ou pública que financiam o pagamento dos atos profissionais. Nesta circunstância, os profissionais podem ser empregados assalariados (de empregadores públicos ou privados) ou podem ser agentes profissionais credenciados, recebendo sua remuneração por serviços prestados, sem que se configure uma relação empregatícia, com suas vantagens e desvantagens.

Nesta última condição, quando existe um intermediário entre o agente profissional e a pessoa que recebe o serviço que ele presta, o receptor do serviço é cliente da agência financiadora e usuário do prestador de serviço. Neste caso, o profissional entabula com quem precisa de seus serviços apenas dois planos de relação: a relação técnica e o relacionamento interpessoal. A relação econômico-financeira se dá entre o cliente e a agência financiadora. Ressalte-se que a responsabilidade profissional fica igualmente dividida entre estes dois agentes.

Essa divisão do relacionamento profissional-cliente ocorre em três níveis: econômico-financeiro, tecnocientífico e o da interação hu-

mana de caráter intersubjetivo. Esta multiplicidade de modos de relação pode criar inúmeros problemas éticos para o profissional. Um deles, talvez o mais gritante, seja a tendência de debitar ao cliente as contradições e os conflitos com a agência financiadora (governo, planos de saúde, agências seguradoras).

## A legitimidade dos atos profissionais

Toda atividade profissional é propulsada essencial e juridicamente pelo que se denomina "*lex artis ad hoc*", que presume a diligência, a prudência e a perícia profissionais. Porque estes atributos caracterizam o procedimento profissional. Sua ausência presume a caracterização de conduta transgressora culposa. Na ação transgressora das normas sociais, diz-se que há dolo quando tenha resultado da intenção de chegar àquele resultado; e culpa, quando o dano é causado involuntariamente. Todo ato profissional presume preliminarmente estes três atributos. O caso contrário: quando há um dano para o cliente que tenha resultado da falta de um destes elementos essenciais, essa situação configura o que se denomina um erro profissional.

O erro profissional é uma transgressão culposa e se diferencia do *crime profissional*, uma transgressão dolosa, porque esta última condição se caracteriza pela intencionalidade da ação ou da omissão da qual tenha resultado o dano. O crime profissional, cometido no exercício de um procedimento profissional, também se diferencia do crime praticado por um profissional em circunstâncias alheias à sua prática ocupacional, apesar de ambos poderem ser caracterizados como dolosos.

## Características da responsabilidade profissional

A responsabilidade é a faculdade pela qual uma pessoa ou organização responde pelas suas decisões, sem referência à vontade de outrem. A noção de responsabilidade implica nas noções de capa-

cidade e de liberdade. A responsabilidade profissional no âmbito penal se dá no plano da infração do Código Penal. A responsabilidade civil é exercida sempre que há dano evitável e que se pode estabelecer uma relação causal entre este dano e um elemento de erro profissional (imperícia, imprudência ou negligência). E a responsabilidade ética se caracteriza pela infração de um ou mais dispositivos do código de ética e conduta da profissão a que pertença o profissional infrator.

A responsabilidade é uma importante conquista da civilização, como exigência do convívio social, e pode ser exercida em diversos planos da existência social, como responsabilidade civil, responsabilidade penal, responsabilidade administrativa, responsabilidade moral e responsabilidade social.

Na prática, a responsabilidade constitui importante indicador de profissionalidade. A responsabilidade social dos profissionais deve ser avaliada por sua conduta em três tipos de relação: com os clientes, com os colegas e com a sociedade. E em cada um destes planos ela se exerce de maneira diferente e se radica em condutas sociais diversas.

## Altruísmo, alteridade, tolerância e solidariedade

Dentre as qualidades profissionais, o altruísmo é tido universalmente como o mais importante e exigível, principalmente com relação aos médicos. Complementando o altruísmo, existem duas qualidades que são muito esperadas nos médicos: a alteridade e a tolerância.

O altruísmo é obrigação de todos os profissionais em todas as profissões, embora sua exigência possa ser diferente nas diferentes atividades que merecem esta designação.

A alteridade é a maior ou menor facilidade com que alguém se relaciona respeitosamente com os demais, sobretudo com quem é diferente de si em características corporais ou culturais.

A tolerância é o respeito pelo direito alheio, pelo direito de alguém ser ou se comportar de modo reprovável pelo agente.

A solidariedade é a virtude cívica e civilizada pela qual as pessoas se obrigam a socorrer quem estiver em risco ou, de qualquer maneira, necessitar de ajuda.

Em todas as legislações acerca das profissões os legisladores são unânimes em afirmar o caráter primário da lealdade aos clientes como característica fundamental daquela atividade. Um profissional (agente de qualquer profissão) deve lealdade prioritária aos seus clientes, em cujo benefício deve agir. Só depois, em segundo plano, vêm seus compromissos para com a sociedade. E, só mais adiante, em terceiro plano, devem ser colocados os seus próprios interesses individuais ou sociais. O princípio da fidelidade ou da lealdade prioritária ao cliente se exerce em um *continuum* entre as diferentes profissões e os diferentes profissionais. Entretanto, em qualquer cultura que se examine, todas as populações e todas as legislações exigem mais altruísmo dos médicos, dos professores e dos sacerdotes do que dos demais agentes profissionais. Nas sociedades contemporâneas esse princípio é considerado um dos valores mais importantes de profissionalidade. Tanto em termos da avaliação das categorias profissionais quanto do exame da profissionalidade individual de cada um de seus agentes. De fato, em todas as populações, a determinação do grau de profissionalidade de uma categoria ocupacional ou de um certo agente profissional se faz, entre outras coisas, pela ponderação da prioridade que merecem os interesses dos seus clientes frente aos seus próprios.

É importante destacar que a responsabilidade profissional não pode ser compartilhada nem com outros profissionais da mesma categoria, quanto mais com outros de categorias diversas que formam uma equipe de serviços. A responsabilidade ética é assumida e cobrada individualmente.

No que respeita à capacidade técnica, o código definidor das profissões exige que todos os seus praticantes limitem sua atividade

na prudência, no zelo cuidadoso e precavido – e na habilidade mínima requerida pelo exercício da ação. Como a responsabilidade profissional é solitária e se impõe a indivíduos isolados, a contrapartida ideológica tem sido a mobilização pela responsabilidade solidária, principalmente às custas das atribuições e atos dos médicos. Mas isto ainda se limita ao plano da ideologia, não está consagrado nas leis.

## Características específicas dos profissionais médicos

Duas características essenciais assinalam a atividade profissional dos médicos e a diferenciam de todas as outras que lhes são análogas:

- a vulnerabilidade particular do paciente frente ao médico (mais do que nas outras profissões), e

- a incerteza do médico frente ao resultado das medidas terapêuticas que indicam ou aplicam aos clientes (o que os caracteriza como profissionais responsáveis pelo empenho que mostrem e não pelo resultado que alcancem).

A medicina é uma profissão de empenho e não de resultados. A não ser que o médico haja prometido algum resultado diretamente ou por algum tipo de publicidade.

## A relação profissional-cliente

Profissional e cliente são conceitos basicamente econômicos e indicam em sua intercomplementariedade uma modalidade particular de relação no mercado. Os conceitos de profissional e cliente (inclusive clientela) apontam para o caráter socioeconômico do trabalho, ainda que não se refiram especificamente ao financeiro, nem ao dinheiro ou outro valor material análogo que intermedeie aquele relacionamento. Estes conceitos são empregados para re-

ferir o nível profissional da interação. Enquanto a díade *médico-paciente* faz menção à atividade profissional médica; à interação de alguém que sofre com quem trata dele, de quem está ameaçado pela morte ou pela invalidez com quem pode salvá-lo deste destino. Na tradição dos médicos, acumulada em muitos séculos, esta parece ser a melhor designação para referir sua interação intersubjetiva com seus clientes. O paciente não é apenas o cliente do médico.

A designação *paciente*, tradicionalmente atribuída aos clientes dos médicos (e de outros profissionais da saúde), importa em destacar o reconhecimento de sua qualidade de enfermo não só como objeto de uma atuação científico-técnica, mas, principalmente, como sujeito de uma interação interpessoal responsável e humana dirigida para libertá-lo do padecimento. Aliás, ao contrário do que muita gente parece pensar, o termo *paciente* provém de sofrente, molestado, afetado negativamente por uma enfermidade. Não tem qualquer conotação de passividade ou de dependência (nem com ter paciência, esperar passivamente, deixar-se levar, submeter-se ou agir pacientemente).

Enquanto a expressão *relação profissional-cliente* privilegia a dimensão contratual e mercantil da interação social e a expressão *relação prestador-usuário de um serviço* destaca a interação técnica, administrativa e civil no âmbito dos serviços públicos principalmente, a expressão *relação médico-paciente* destaca a interação humana e ética entre o padecente e quem trata dele. Mas tem alcance mais amplo e engloba todas as demais mencionadas.

Em tese, todo profissional tende a se relacionar com vantagem para si. Considerando-se essa tendência e levando em conta que a relação profissional-cliente, em geral, é assimétrica em favor do profissional, o cliente fica em desvantagem. Isso é verdadeiro para toda relação profissional-cliente, o que exige medidas sociais de correção. Essa assimetria e essa desvantagem é bem mais nítida e prevalente na relação do profissional médico com o enfermo que ele assiste, qualquer que seja o propósito desta interação, mas é

muito mais nítida nos casos mais graves e nas situações mais urgentes.

A dissimetria da relação médico-paciente em desfavor do paciente talvez seja o motivo mais importante da necessidade do rigor ético dos médicos. Porque a ética, como o Direito, foi feita para proteger os mais fracos e compensar sua fraqueza diante dos mais fortes. O que é muito mais importante quando se trata de pacientes com enfermidades mentais. O segundo destes aspectos, a incerteza dos resultados dos atos médicos, coloca outras peculiaridades do trabalho profissional do médico: o médico nunca deve prometer resultados (por mais fácil pareça ser a tarefa), nem responder pelo resultado de seu trabalho, mas sim por seu empenho.

A medicina é praticada no vértice de duas complexidades intercomplementares, que podem ser esquematicamente dispostas nas seguintes categorias:

- a complexidade de seu objeto; e

- a complexidade de seus recursos e dos métodos diagnósticos e terapêuticos que utiliza.

Quanto ao seu objeto, podem-se identificar outros níveis de complexidade, devendo-se destacar:

- a complexidade das enfermidades (enfermidades por danos negativos, enfermidades por danos positivos e enfermidades por danos sentidos);

- a complexidade dos seres humanos (como expressão mais completa dos fenômenos vivos de natureza biopsicossocial); e

- a complexidade das interações possíveis entre estes dois estratos complementares da realidade, os enfermos e as enfermidades.

Quanto aos métodos empregados pelos médicos para prevenir e diagnosticar as enfermidades e para tratar e reabilitar os enfermos, não é possível ignorar o quanto a ciência avançou nesta direção, sobretudo nos últimos cem anos. Não se pode ignorar o quanto se descobriu de seus muitos mistérios e o quanto se pode pressentir daquilo que ainda não se conhece. O conhecimento médico está se desenvolvendo em razão exponencial, gerando informações e tecnologias que se fazem obsoletas em menos de dez anos. Boa parte delas, em menos de cinco.

Sua natureza profissional extremamente complexa como fenômeno social, técnico-científico e humano marca muito a medicina (até porque ela foi uma das primeiras e é uma das mais destacadas profissões) e a caracteriza; um médico é um técnico, mas jamais apenas um técnico; o que se verifica não por cabotinismo ou onipotência, mas essencialmente por causa de sua dimensão ética e das responsabilidades nela implícitas e da dignidade essencial da pessoa enferma sobre a qual ela desempenha sua atividade. E esta dimensão humana e ética da relação médico-paciente é e deve ser muito mais ampla na medicina do que em qualquer outra profissão. A dimensão humana presente no encontro intersubjetivo é o elemento mais importante da atividade médica.

## Natureza tridimensional da relação médico-paciente

Um importante aspecto da complexidade da medicina resulta da complexidade de sua estrutura como atividade humana. A relação médico-paciente põe em foco três modalidades particulares de interação entre pessoas, que perfazem as três dimensões que existem em cada relação profissional, mas que é bem mais nítida na medicina do que em todas as outras. Tais dimensões são:

- uma relação socioeconômica, porque a execução de todo ou qualquer ato profissional, inclusive de um ato médico, presume a existência de um *contrato de prestação de serviço* (que pode ser explícito ou tácito, de acordo com a repre-

sentação cultural do serviço e a praxe do lugar onde ele se concretize), mas que se organiza como uma atividade do mercado de trabalho social;

• uma relação técnico-científica, pois todo procedimento profissional, especificamente todo ato médico, naquilo que for possível, deve ser uma atividade cientificamente fundamentada, uma aplicação científica, uma técnica destinada a controlar a natureza em benefício da humanidade em geral e de cada doente em particular. Um instrumento criador e aperfeiçoador do conhecimento científico a serviço dos seres humanos. Ainda que o ato médico não se confunda com a atividade científica, nem deva ser reduzido a ela, não pode ser entendido a não ser como ciência aplicada, uma modalidade de tecnologia. O ato médico não necessita ser obrigatoriamente científico, mas não pode contrariar o que tenha sido cientificamente estabelecido. Pois nem todo ato médico é uma aplicação científica. Isso não pode acontecer sempre porque o conhecimento científico ainda não tem resposta para todos os problemas postos pelas enfermidades e necessidades dos enfermos. Não à toa, a medicina costuma ser definida, com muita propriedade, como ciência e arte de curar;

• uma relação intersubjetiva de ajuda, de alguém que a necessita com alguém que a possa exercer; posto que os atos médicos, sobretudo no domínio da clínica, configuram uma interação de alguém que precisa de ajuda com alguém que está apto, capaz e habilitado para ajudá-lo.

## A medicina

A medicina é uma profissão conhecida de modo registrado desde o início dos tempos históricos. Mas, certamente, já existia muito antes disso na atividade dos xamãs, dos feiticeiros, dos curandeiros e dos sacerdotes. Uma avaliação histórica mais recente mostra

que até o Renascimento existiam unicamente duas profissões de saúde: a Medicina e a Farmácia. Pouco depois, em alguns países, surgiu a Odontologia (que em muitos lugares continua sendo uma especialidade médica). No século XIX, depois da Guerra da Crimeia, foi mundialmente reconhecida a profissão de Enfermagem. No século XX, diversas profissões apareceram na área da saúde, quase todas atuando em atividades que, anteriormente, eram exclusivamente médicas, tais como a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Biomedicina e a profissão dos técnicos de radiologia – exemplos de profissões que foram retiradas do corpo da medicina e se tornaram independentes por força da legislação. Noutro extremo está a Psicologia, que, a rigor, não é uma profissão apenas da área dos serviços de saúde. Além desta, também integra o campo das profissões pedagógicas (por meio da Psicologia Educacional) e das profissões de administração, especialmente da administração de recursos humanos (por meio da Psicologia Organizacional).

## Objeto da medicina

O objeto inicial da medicina, desde quando surgiu na pré-história, era o doente, a pessoa que padecia uma enfermidade, uma condição de sofrimento, fosse objetivo ou subjetivo. Como se verificou a impossibilidade de conceituar o doente separadamente de sua doença, o objeto inicial da medicina pode ser bipartido: o enfermo e sua enfermidade. Com o passar do tempo este duplo objeto subdividiu-se: a enfermidade e o enfermo individual e a coletividade afetada por uma enfermidade. Tudo isto pelo exercício de uma profissão, uma atividade técnico-científica (a medicina racional ou científica) e uma forma particular de interação humana (a relação inter-subjetiva).

## Objetivos da medicina

Desde sua origem na antiguidade remota, a medicina se impôs como atividade social de ajuda aos enfermos e técnica de diagnosticar e curar. Depois, assumiu responsabilidade com a tecno-

logia de reabilitar e as tarefas relacionadas com a profilaxia das enfermidades e o fomento ao bem-estar individual e coletivo.

Em quase todas as culturas passadas e presentes, os profissionais médicos foram reconhecidos como agentes sociais que exercem uma atividade necessária, difícil e responsável. À medicina sempre foram atribuídas cinco funções sociais:

- a assistência aos enfermos;
- a pesquisa sobre as doenças e sobre os doentes;
- o ensino das matérias médicas;
- o exercício da perícia; e, mais recentemente,
- a supervisão das auditorias técnicas médicas.

Praticamente, todos os historiadores e epistemólogos da medicina, em todas as sociedades modernas, sustentam que a medicina deve perseguir alguns objetivos gerais, por meio do desenvolvimento de sua atividade nas três dimensões que lhe são próprias (a humanista, a profissional e a tecnocientífica). Ainda que se reconheça a supremacia do encontro interpessoal, da sua dimensão humana. Mas, também se considera o risco da preponderância extremada da dimensão pessoal na interação.

## Como se implementam os objetivos da medicina

Considerando-se as opiniões largamente estabelecidas, pode-se dizer que são atividades dos profissionais da medicina:

- conhecer os enfermos e as enfermidades que os fazem enfermar, reconhecendo seus condicionantes e seus mecanismos agravantes e de interação mútua e, sobretudo, as manifestações clínicas que possibilitem seu reconhecimento, criando métodos e técnicas que permitam diagnosticar tais enfermidades com a maior certeza possível nas fases mais precoces de sua evolução mórbida;

• criar, aperfeiçoar e aplicar procedimentos técnicos destinados a evitar que as pessoas enfermem e a lhes prolongar a vida, melhorar os níveis de bem-estar físico, mental e social ou, ao menos, lhes diminuir o sofrimento e o mal-estar;

• desenvolver os recursos mais confiáveis e válidos para evitar a evolução das enfermidades e desenvolver meios para diagnosticar, tratar e, se possível, curar os pacientes que enfermaram, de tal maneira que a enfermidade lhes deixe o mínimo de sequelas permanentes;

• promover medidas que possibilitem aliviar o sofrimento dos que padecem uma moléstia;

• exercer esforços para reabilitar total ou parcialmente as pessoas afetadas por incapacidade e invalidez ocasionadas por patologias ou traumatismos;

• realizar perícia médica, auditoria médica, supervisionar e ensinar medicina; e

• integrar, dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar serviços e procedimentos médicos.

*Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior*
*1º secretário*

# Sobre o autor

**Luiz Salvador de Miranda Sá-Júnior** nasceu em Juiz de Fora (MG) e aos 7 anos se mudou para Pernambuco (PE), onde, já no ensino médio, com os estudos aprimorados em filosofia, sabia o caminho que queria traçar na carreira profissional: ser psiquiatra. Ele se formou na Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco (1963). Três anos depois, foi trabalhar em Campo Grande (MS), onde ainda mora e exerce diariamente a psiquiatria. Aos 75 anos, esbanja conhecimento com histórias memoráveis do que vivenciou e vivencia no exercício profissional. Como apaixonado e grande conhecedor da Medicina acumula em sua trajetória também vasta experiência no ensino e na liderança de entidades de classe. De 1986 a 1989, presidiu a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e no Conselho Federal de Medicina (CFM) atuou como 1º secretário (na gestão 1999 – 2004), além de ter exercido vários outros cargos. Escritor prolifico tem inúmeros artigos e livros publicados, dentre os quais se destacam *O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje (e amanhã?) e Compendio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica.*